

Demande de prestations provisoires d'invalidité

A

Dans l'attente de la décision de l'Assurance Invalidité Fédérale (AI)

EMPLOYEUR

L'établissement employeur [REDACTED]

demande que Mme M. [REDACTED] né(e) le [REDACTED]

soit mis(e) au bénéfice des prestations provisoires d'invalidité CPEG dans l'attente de la décision de l'AI fédérale pour les motifs suivants:

- Cause de l'incapacité de travail: Maladie non professionnelle Accident non professionnel
 Maladie professionnelle Accident professionnel

• Date du début de l'incapacité de travail [REDACTED]

• Taux d'incapacité de travail [REDACTED]

• Date de la demande auprès de l'AI [REDACTED]

• Pour quelles prestations? Demande de rente Demande de reclassement

• Date de la fin du droit au salaire de l'employeur [REDACTED] ➤ La fin des rapports de service survenant avant la date de la fin du droit au salaire annoncée dans le présent formulaire met un terme à la demande de prestations provisoires d'invalidité.

• Des indemnités journalières ou d'autres prestations sont-elles versées? Oui Non

• Date de la fin du droit aux prestations de l'assurance perte de gain en cas de maladie ou d'accident [REDACTED]

• Coordonnées de l'assurance perte de gain en cas de maladie ou d'accident:

Nom [REDACTED]

Adresse [REDACTED]

Téléphone [REDACTED] N° de sinistre [REDACTED]

• Avez-vous fait une tentative de reclassement à l'intérieur de votre établissement? Oui Non

• Si oui, veuillez établir un rapport circonstancié que vous joindrez en annexe.

• Si non, veuillez nous en indiquer les raisons:

[REDACTED]

COORDONNÉES DU MÉDECIN-CONSEIL DE L'EMPLOYEUR

Nom [REDACTED] Prénom [REDACTED]

Adresse [REDACTED]

Téléphone [REDACTED]

Date [REDACTED]

L'employeur (timbre et signature)

Demande de prestations provisoires d'invalidité

A

Dans l'attente de la décision de l'Assurance Invalidité Fédérale (AI)

ASSURÉ(E)

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Etat civil	<input type="text"/>
Domicile/Rue	<input type="text"/>		
Pays/N° postal	<input type="text"/>	Localité	<input type="text"/>
Tél. privé	<input type="text"/>	Tél. prof.	<input type="text"/>

- Demande à bénéficier des prestations provisoires d'invalidité de la CPEG dans l'attente de la décision AI fédérale ;
- Fournit à la CPEG une copie de l'accusé de réception délivré par l'AI comme preuve du dépôt de sa demande ;
- S'engage à informer immédiatement la CPEG de toute modification de sa situation et à fournir toutes les décisions de l'AI fédérale ainsi que tous les documents complémentaires demandés par la CPEG pour faciliter l'examen du cas ;
- Doit démontrer qu'il (elle) fournit tous les efforts qui peuvent raisonnablement être exigés de lui (elle) pour obtenir et conserver une fonction raisonnablement exigible adaptée à sa capacité de travail, au sein de l'établissement ;
- Autorise par la présente l'AI, l'assureur perte de gain en cas de maladie ou d'accident à adresser une copie de toute décision à la CPEG ;
- Autorise l'employeur à fournir tous les renseignements utiles ;
- Autorise, par sa signature ci-dessous, le médecin-conseil de la CPEG à demander des renseignements médicaux au médecin-traitant de l'assuré(e) ainsi qu'au médecin-conseil de l'employeur, que l'assuré(e) délègue à cette occasion du secret médical.

COORDONNÉES DU MÉDECIN-TRAITANT DE L'ASSURÉ(E)

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
Tél.	<input type="text"/>		

Date

Signature _____

MARCHE À SUIVRE

- L'employeur et l'assuré(e) remplissent conjointement ce formulaire et le transmettent à la CPEG:

CPEG

Bd de Saint-Georges 38
CP 176
1211 Genève 8

- Le médecin-conseil de la CPEG transmet ses demandes de renseignements médicaux au médecin-traitant de l'assuré(e) ainsi qu'au médecin-conseil de l'employeur.