

## Demande de prestations provisoires d'invalidité

# A

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

### EMPLOYEUR

L'établissement employeur

demande que  Mme  M.

né(e) le

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

• Taux d'incapacité de travail

• Date de la demande auprès de l'AI

• Date de la fin du droit au salaire de l'employeur

➤ 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

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

Nom

Adresse

Téléphone

N° de sinistre

- 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 :

### COORDONNÉES DU MÉDECIN-CONSEIL DE L'EMPLOYEUR (≠ médecin du travail)

Nom

Prénom

Adresse

Téléphone

Date

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

Esplanade de Pont-Rouge 5  
CP 1255  
1211 Genève 26

- 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.