

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.