

## Demande d'une prestation d'invalidité

Formulaire à remplir par l'assuré/e et à retourner à CAP Prévoyance dans les **15 jours** suivant son envoi.

### DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... Adresse : .....  
 NPA/Localité : ..... Téléphone : .....  
 Email : .....

### MÉDECIN TRAITANT

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : ..... NPA/Localité : .....  
 Téléphone : .....

### DONNÉES FONCTIONNELLES

Employeur : ..... Date d'engagement : .....  
 Profession : ..... Formation : .....  
 Taux d'activité : .....

### PRESTATION D'INVALIDITE SOLLICITEE

- pension d'invalidité provisoire (en cas de dépôt d'une demande de rente auprès de l'AI)
- pension d'invalidité économique (en cas d'octroi d'une rente de l'AI)
- pension d'invalidité de fonction (en cas de refus partiel/total de l'AI ou occupation d'une fonction moins rémunérée)

Quelles tâches font partie de l'activité :

	Base : 8h/ jour		
	Rarement 1-5% ou jusqu'à ½h	Parfois 6-33% ou ½h - 3½h	Souvent dès 34% ou dès 3½h
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A quelles exigences/charges physiques et intellectuelles êtes-vous confronté/e :

	Base : 8h/jour		
	Rarement 1-5% ou jusqu'à ½h	Parfois 6-33% ou ½h - 3½h	Souvent dès 34% ou dès 3½h
<b>Physiques</b>			
Etre assis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulever ou porter (léger : 0-10 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulever ou porter (moyen : 10-25 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulever ou porter (lourd : plus de 25 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Base : 8h/jour		
	Grandes	Moyennes	Faibles
<b>Intellectuelles</b>			
Concentration/attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endurance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faculté d'interprétation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Joindre une copie du cahier des charges. Si un tel document n'existe pas, décrire, ci-dessous, de manière précise la fonction.

Description précise de la fonction (si cahier des charges manquant) :

.....

**DONNÉES LIÉES À L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL**

**Cause de l'incapacité de travail :**

- maladie
- accident non professionnel
- accident professionnel

Date du début de l'incapacité de travail : .....

Nombre d'heures hebdomadaires avant/après incapacité de travail : ..... h/ .....h

**Date de la fin du droit au salaire ou de changement de fonction :** .....

*Joindre une copie du nouveau cahier des charges en cas d'occupation d'une fonction moins rémunérée ou si un tel document n'existe pas, décrire de manière précise la nouvelle fonction sous « observations »*

**Nouveau salaire et taux d'activité (en cas de changement de fonction) :** .....

**Date d'annonce à l'AI dans le cadre de la détection précoce :** .....

*Joindre l'accusé de réception de l'AI, ou si aucune demande n'a été présentée en indiquer les motifs sous « observations »*

**Date de la demande de rente AI ou de la décision AI :** .....

*Joindre l'accusé de réception/la décision de l'AI, ou si aucune demande n'a été présentée en indiquer les motifs sous « observations »*

**Des indemnités journalières ou d'autres prestations sont-elles versées :**  oui  non

*Si oui, indiquer jusqu'à quand et la nature des prestations sous « observations »*

**Description de l'atteinte :**

.....

L'atteinte a-t-elle été entièrement ou partiellement causée par un tiers :  oui  non

*Si oui, indiquer les coordonnées du tiers responsable et de son assurance responsabilité civile sous « observations »*

Depuis quand l'atteinte existe-t-elle : .....

Limitations/restrictions fonctionnelles suite à l'atteinte :

.....

**Un suivi régulier de votre situation a-t-il été effectué par l'employeur :**  oui  non

*Si oui, compléter le tableau ci-dessous, si non en indiquer les motifs sous « observations »*

Type de suivi (entretien, visite médicale, etc.)	Entrepris le	Constat/Conclusions
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Des mesures pour un reclassement professionnel ont-elles été entreprises :  oui  non  
Si oui, compléter le tableau ci-dessous, si non en indiquer les motifs sous « observations »

Type de mesure	Entreprise le	Entreprise par
.....	.....	<input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> employeur <input type="checkbox"/> .....
.....	.....	<input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> employeur <input type="checkbox"/> .....
.....	.....	<input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> employeur <input type="checkbox"/> .....
.....	.....	<input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> employeur <input type="checkbox"/> .....
.....	.....	<input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> employeur <input type="checkbox"/> .....

**OBSERVATIONS**

.....

**DÉCLARATION**

Le/la soussigné/e certifie avoir répondu de manière complète et véridique aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. Il/elle autorise son médecin-traitant et les autres personnes interrogées à donner les renseignements demandés par CAP Prévoyance et/ou son médecin-conseil.

CAP Prévoyance peut **réduire** ou **refuser** des prestations en cas de réponses incomplètes ou non-conformes à la vérité.

Lieu et date

Signature de l'assuré/e

.....

.....

**DOCUMENTS À ANNEXER**

- Cahier/s des charges (si existant/s)
- Accusé de réception de l'AI pour l'annonce « détection précoce »
- Accusé de réception de l'AI pour la demande de rente
- Décision de l'AI pour la demande de rente