

Demande d'une prestation d'invalidité

Formulaire à remplir par l'**employeur** et à retourner à CAP Prévoyance **4 mois** avant la fin du droit au salaire et/ou aux indemnités.

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
.....	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐

A quelles exigences/charges physiques et intellectuelles est confronté l'employé/e :

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

	Base : 8h/jour		
	Grandes	Moyennes	Faibles
Intellectuelles			
Concentration/attention	☐	☐	☐
Endurance	☐	☐	☐
Soin	☐	☐	☐
Faculté d'interprétation	☐	☐	☐
Autre :	☐	☐	☐

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 la situation de l'assuré 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
.....		☐ employé ☐ employeur ☐
.....		☐ employé ☐ employeur ☐
.....		☐ employé ☐ employeur ☐
.....		☐ employé ☐ employeur ☐
.....		☐ employé ☐ employeur ☐

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 le médecin-conseil de l'employeur et/ou celui de l'assurance perte de gain, voire cette dernière 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.

Coordonnées de la personne de contact (nom, prénom, téléphone, email) :

.....

Lieu et date

Signature

.....

.....

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