

# Demande de prestations d'invalidité

(Formulaire à remplir par l'employeur)

---

**Entreprise**

Entreprise

Numéro d'assurance

.....

.....

**Assuré**

Nom

Prénom

.....

.....

Rue/N°/complément

NPA/Localité (pays)

.....

.....

Date de naissance

Numéro d'assurance sociale (AVS)

.....

.....

E-mail pour précisions

Numéro de téléphone pour précisions

.....

.....

**Précisions sur l'incapacité de travail**

Incapacité de travail depuis

Cause

.....

Maladie

Accident

**Absences et degré d'incapacité de travail en %**

Degré en % Période

Degré en % Période

.....

.....

Degré en % Période

Degré en % Période

.....

.....

**Déclaration aux institutions sociales/aux assurances?**

Assurance-invalidité fédérale

oui

non

Adresse / office en charge

.....

Assureur accident

oui

non

Adresse / Police n°

.....

Assureur indemnités journalières  oui  non

Adresse / Police n°

.....

**Informations sur le contrat de travail**

Licenciement effectué?

Sortie le

oui  non

.....

**Salaire au début de l'incapacité de travail en CHF**

Salaire annuel déterminant

Allocation familiale annuelle/par enfant

.....

.....

**Enfants ayant droit à une rente**

Droit à une rente d'enfant pour les moins de 18 ans. Une rente est versée pour les enfants suivant une formation jusqu'à l'âge de 25 ans révolus. Prière de joindre l'attestation de formation.

Nom de l'enfant

Prénom

Date de naissance

Sexe

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Adresse de paiement pour la rente**

Banque

NPA/Localité (pays)

.....

.....

IBAN (Compte bancaire ou postal)

N° de clearing

.....

.....

Titulaire du compte

.....

**Documents requis**

- Déclaration de renonciation au versement de prestations complémentaires de rente (p. ex. avance faite de l'employeur, indemnité journalière)
- Attestation du droit de rente pour enfants (p. ex. copie d'acte de naissance, du livret de famille, etc.)
- Attestation de formation pour les enfants dès l'âge de 18 ans jusqu'à l'âge de 25 ans

**Procuration**

L'assuré(e) autorise la CPE et son médecin conseil à prendre tous les renseignements requis et nécessaires auprès des médecins, de l'ensemble des institutions sociales/des assurances et de tous les assureurs d'indemnités journalières concernés par le présent particulier, à consulter les dossiers pertinents.

**Remarques**

.....

**Signatures**

Lieu, date

Signature de l'assuré(e)

.....

.....

Lieu, date

Signature/Cachet de l'employeur

.....

.....

Vous trouverez des explications sur la protection des données sur notre homepage sous "Déclaration sur la protection des données"