

Contact: info@publica.ch  
Téléphone: +41 58 485 21 11

Nous vous prions de bien vouloir transmettre le présent formulaire via le portail pour les employeurs

### **Demande de prestations d'invalidité**

Le présent formulaire peut être adressé à PUBLICA dès que la décision de l'assurance-invalidité (AI) a été rendue.

#### **Pour la personne assurée**

Prénom	Nom
Numéro AVS	Date de naissance

- Rente d'invalidité
- Rente d'invalidité partielle

Jusqu'à quelle date la personne assurée a-t-elle perçu son salaire (y compris droit au maintien du salaire)?

Jusqu'au:
-----------

Le droit au versement débute le premier jour qui suit la fin du droit de la personne invalide au maintien du salaire par l'employeur.

#### **Données salariales avant l'invalidité**

Salaire annuel déterminant (pour un taux d'occupation de 100%)	Taux d'occupation
--	-------------------

#### **Allocations d'entretien / familiales versées**

Enfant 1	Enfant 2
Enfant 3	

#### **Données salariales supplémentaires en cas d'invalidité partielle**

Salaire annuel déterminant (pour un taux d'occupation de 100%)	Taux d'occupation
--	-------------------

#### **Allocations d'entretien / familiales versées**

Enfant 1	Enfant 2
Enfant 3	



**Confirmation de la véracité et de l'exhaustivité des données**

L'employeur confirme la véracité et l'exhaustivité des renseignements figurant sur le présent formulaire. Si les renseignements portés sur le présent formulaire s'avèrent incomplets ou inexacts et génèrent une charge supplémentaire pour PUBLICA, les frais induits seront facturés à l'employeur. Nous nous permettons en outre de rappeler que si une prestation a été indûment perçue, elle devra être remboursée, intérêts compris.

**L'employeur:**

Personne compétente	N° de téléphone	E-mail
Adresse avec nom du destinataire		
Lieu et date	Signature	

