|  |
| --- |
| 🡨 reporter SVP  |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| Numéro de sécurité sociale (NSS) : 756.     (A rappeler dans toute correspondance) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ,  | Office de l'Assurance-Invalidité  du canton de NeuchâtelRue Chandigarh 2Case postale 12092301 La Chaux-de-Fonds |
| N/réf :       /      Tel. :      V/réf :       |

Date de la demande du questionnaire :

Questionnaire pour l'employeur adressé à :

**Questionnaire pour l’employeur (003.001).** (V. 04.2022)

**Question(s) complémentaire(s) de l'Office AI** (vos réponses peuvent être faites sur une feuille annexe) :

*Aucune question complémentaire de l'Office AI.*

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**1. Données sur l’entreprise**

En cas d’éventuelles questions, qui peut nous renseigner ?

Prénom, nom N° de téléphone N° de fax Courriel

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |        |       |       |       |

A quelle **caisse de compensation AVS** êtes-vous affilié (éventuellement le n° de la caisse) ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nom et adresse de la **caisse de compensation** |       CC n° :       |

A quelle **institution de prévoyance du 2e pilier (LPP)** était affiliée la personne assurée lors de la survenance de l’incapacité de travail ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nom et adresse de l’**institution de prévoyance** |       |
|  | Numéro de contrat ou référence |       |

**2. Données sur le contrat de travail**

 **2.1**

Début et éventuelle fin des rapports de travail. Le contrat de travail est…

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  en vigueur | [ ]  résilié |
|  | Début :       | Fin :       |

 **2.2 2.3**

Par qui le contrat de travail a-t-il été résilié ? Dernier jour de travail effectif

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |       |       |

Pour quels motifs ? (prière de joindre la lettre de congé)

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **2.4**

Y a-t-il des possibilités de placement au sein de votre entreprise ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  Oui | [ ]  Non |

 **2.5**

Des possibilités de placement à l’interne ont-elles déjà été examinées ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  Oui | [ ]  Non |

 **2.6**

Etes-vous intéressé à ce sujet par une aide de la part des spécialistes de l’assurance-invalidité ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  Oui | [ ]  Non |

 **2.7**

Activité exercée avant l'atteinte à la santé ? Jusqu'à quand ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |       |       |

 **2.8**

Activité exercée après l'atteinte à la santé ? Depuis quand ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |       |       |

 **2.9**

Horaires de travail Nb. d'heures par jour Nb. d'heures par semaine

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Dans votre entreprise (horaire normal) |       / jour |       / semaine |
|  | De la personne assurée avant la survenance de l'atteinte à la santé |       / jour |       / semaine |
|  | De la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé |       / jour |       / semaine |

 **2.10**

Salaire AVS actuel de la personne assurée (sans les frais ni le logement)

CHF par année CHF par mois CHF par heure Depuis

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | CHF       | CHF       | CHF       |       |
|  | Les frais et le logement sont-ils payés en plus ?  | [ ]  Non | [ ]  Oui, CHF       |
|  | Le salaire versé correspond-il au rendement ?Dans la négative, quel salaire correspondrait-il au rendement ?  | [ ]  NonCHF       | [ ]  Oui |

Au cas où le salaire dépasse le travail fourni, nous vous prions de nous indiquer séparément la justification détaillée sur le genre et l'étendue de la diminution de rendement en précisant les dates depuis quand le rendement est diminué.

Part du salaire de rendement CHF Part du salaire social CHF

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | CHF       | CHF       |

Remarques

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **2.11**

Combien gagnerait aujourd’hui la personne assurée sans atteinte à la santé dans son ancienne activité ?

CHF par jour CHF par semaine CHF par mois CHF par année

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | CHF       | CHF       | CHF       | CHF       |

 **2.12**

Revenus AVS des 3 dernières années ou des périodes demandées **sans les indemnités de remplacement comme, par exemple, les indemnités versées par une assurance**.

*Vous pouvez joindre également vos propres documents comptables, fiches de salaires. Dans ce cas, vous êtes dispensé de compléter le tableau ci-dessous.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Année**  | **DATE2** | **DATE1** | **DATEC** |
|  | Janvier  | CHF       | CHF       | CHF       |
|  | Février | CHF       | CHF       | CHF       |
|  | Mars  | CHF       | CHF       | CHF       |
|  | Avril  | CHF       | CHF       | CHF       |
|  | Mai  | CHF       | CHF       | CHF       |
|  | Juin  | CHF       | CHF       | CHF       |
|  | Juillet  | CHF       | CHF       | CHF       |
|  | Août  | CHF       | CHF       | CHF       |
|  | Septembre  | CHF       | CHF       | CHF       |
|  | Octobre  | CHF       | CHF       | CHF       |
|  | Novembre  | CHF       | CHF       | CHF       |
|  | Décembre  | CHF       | CHF       | CHF       |
|  | 13e salaire  | CHF       | CHF       | CHF       |
|  | Gratification  | CHF       | CHF       | CHF       |
|  | Salaire annuel  | CHF       | CHF       | CHF       |
|  | Heures de travail par année |       h / an |       h / an |       h / an |

 **2.13**

La collaboratrice/le collaborateur touche-t-il/elle des prestations d’une assurance ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | [ ]  Non | [ ]  Oui | [ ]  Indemnités journalières en cas de **maladie** | [ ]  Indemnités journalières en cas d'**accident** |
|  | Quelles assurances versent les indemnités journalières en cas de maladie ou accident ? |
|  | Nom(s) et adresse(s) de(s) assurance(s) |       |       |
|  | Références du dossier / sinistre |       |       |

**3. Description de l'activité**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **A quelles exigences / charges est / était confrontée la personne assurée ?** | **A quelle fréquence par jour ces tâchesdoivent-elles être effectuées ?** |
|  | **Activités physiques** | jusqu’à env. ½ h.= rarement | ½ jusqu’à env. 3 h.= parfois | 3 jusqu’à 5¼ h.= souvent |
|  | Etre assis | x[ ] x | x[ ] x | x[ ] x |
|  | Marcher | x[ ] x | x[ ] x | x[ ] x |
|  | Rester debout | x[ ] x | x[ ] x | x[ ] x |
|  | Soulever ou porter (léger : 0 – 10 kg) | x[ ] x | x[ ] x | x[ ] x |
|  | Soulever ou porter (moyen : 10 – 25 kg) | x[ ] x | x[ ] x | x[ ] x |
|  | Soulever ou porter (lourd : plus de 25 kg) | x[ ] x | x[ ] x | x[ ] x |
|  | Autres :       | x[ ] x | x[ ] x | x[ ] x |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **A quelles exigences / charges est / était confrontée la personne assurée ?** | **Les exigences / charges journalières sont :** |
|  | **Activités intellectuelles** | faibles | moyennes | grandes |
|  | Concentration / attention | x[ ] x | x[ ] x | x[ ] x |
|  | Endurance | x[ ] x | x[ ] x | x[ ] x |
|  | Soin | x[ ] x | x[ ] x | x[ ] x |
|  | Faculté d’interprétation | x[ ] x | x[ ] x | x[ ] x |
|  | Autres :       | x[ ] x | x[ ] x | x[ ] x |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Quelles sont les tâches journalières principales de la personne assurée ?** (Veuillez les énumérer) | **Quelles sont leur importance par jour ?** |
|  |  | jusqu’à env. ½ h.= rarement | ½ jusqu’à env. 3 h.= parfois | 3 jusqu’à 5¼ h.= souvent |
|  |       | x[ ] x | x[ ] x | x[ ] x |
|  |       | x[ ] x | x[ ] x | x[ ] x |
|  |       | x[ ] x | x[ ] x | x[ ] x |

 **3.1**

**Absences maladie ou/et accident** (indiquez les absences avec **M = maladie / A = accident**)

*Vous pouvez également joindre des listes d’absences, auquel cas vous êtes dispensé de remplir le tableau ci-dessous.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **M / A** | **Année** | **Du** | **Au** | **Incapacité de travail en %** |
|  |   |       |       |       |       % |
|  |   |       |       |       |       % |
|  |   |       |       |       |       % |
|  |   |       |       |       |       % |
|  |   |       |       |       |       % |
|  |   |       |       |       |       % |
|  |   |       |       |       |       % |

 **3.2**

Versez-vous ou votre institution de prévoyance professionnelle verse-t-elle des avances à la personne assurée et désirez-vous faire une demande de compensation sur le droit éventuel à la rente avec effet rétroactif ?

*(A cet effet, nous vous enverrions une formule de demande versement des paiements rétroactifs de rente)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  Oui | [ ]  Non |

**4. Observations**

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**5. Signature**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Date :       | Timbre et signature :  |

Nom de la personne signataire

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de notre considération distinguée.

**Office de l'assurance-invalidité
du canton de Neuchâtel**

(valable sans signature)