Examen rente d’invalidité

Procuration limitée à la durée de l’examen de la rente

**Mandant(e)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom / prénom de l’employé(e) |  |  |  |
| Numéro d’assuré |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Société** |  |  |  |
| Raison sociale / localité |  |  |  |
| Représentée par nom / prénom |  |  |  |

Je déclare être d’accord pour que l’Office AI Canton de Berne, représenté par la Gestion de la santé, le service du personnel ou la personne désignée ci-dessus, fournisse des renseignements à mon employeus(-euse) susmentionné(e) dans le cadre de la procédure d’examen de la rente. Les renseignements sont spontanément communiqués à l’employeur (resp. à l'employeuse) et incluent les informations suivantes:

* qu’une expertise médicale est nécessaire, sans toutefois préciser les aspects médicaux, les disciplines et les experts;
* qu’un bilan des potentiels professionnel et médical (BPM) est prévu;
* situation de la procédure après 4 mois, si aucun des points précédents n’a débouché sur un contact avec l’employeur (resp. avec l'employeuse);
* clôture de la procédure d’examen de la rente, la procuration ne s’étendant pas au contenu de la décision de rente.

Il s’agit d’une énumération exhaustive. Aucune donnée relative à la santé n’est transmise.

Cette procuration peut être révoquée à tout moment. Sa durée de validité est limitée à l’examen actuel de la rente.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lieu et date: |  |  |  |
| Signature du mandant/de la  mandante |  |  |  |