

Déclaration de la personne assurée

Les renseignements de 1 à 4 doivent être reproduits dans la partie supérieure de la déclaration remplie par le médecin traitant.

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____

3 N° de contrat : _____ 4 Numéro d'assurance sociale : _____ **FACULTATIF**

N° de groupe ou de police N° de certificat

5 Adresse complète : _____ code postal : _____

6 Téléphone
Résidence : () - _____ Autre : () - _____ poste : _____

7 Sexe : F M 8 Date de naissance : | A | A | A | A | M | M | J | J |

9 **ÉTAT CIVIL** PERSONNES À VOTRE CHARGE

célibataire monoparental marié ou en union de fait conjoint : non oui enfants : non oui

Nombre : _____ Âge : _____

10 Depuis votre arrêt de travail, avez-vous exercé une autre occupation? non oui → Date de début : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Si oui, précisez la nature des tâches : _____

11 L'invalidité est-elle attribuable à un accident? non oui → Décrire les circonstances, la date et le lieu.

12 Avez-vous déjà subi une expertise médicale relativement à votre invalidité? non oui

13 Avez-vous présenté une demande afin de bénéficier d'un programme ou d'un régime mentionné ci-dessous?

PROGRAMME	NON	SI OUI			SI REFUSÉE	
		À l'étude	Acceptée	Refusée	Avez-vous l'intention de contester cette décision?	
					non	oui
Assurance emploi (DRHC) Si acceptée, date de début des prestations : A A A A M M J J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME						
Régime de rentes du Québec (RRQ) ou Régime de pensions du Canada (RPC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission administrative de régimes de retraite et d'assurances (CARRA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime de retraite privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre police d'assurance collective : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTE : VEUILLEZ INCLURE UNE COPIE DE TOUTE DOCUMENTATION REÇUE DE CES ORGANISMES, INCLUANT L'AVIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS.

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets, exacts et véridiques.

Aux strictes fins de la gestion de ma demande de prestations, j'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc. (ci-après désignée SSQ) à recueillir auprès des personnes morales ou physiques telles :

- les médecins et autres professionnels de la santé;
- les établissements médicaux, paramédicaux ou cliniques;
- le preneur, l'employeur ou l'ancien employeur;
- les autres compagnies d'assurance ou de réassurance;
- tout organisme public ou parapublic tels que RRQ ou RPC, CSST, SAAQ, CARRA, l'administrateur de l'assurance emploi;
- toute autre personne ou institution;

des renseignements personnels à mon sujet, notamment des renseignements médicaux.

Par la même occasion, je les relève de leur obligation de confidentialité et les autorise à communiquer à SSQ les renseignements demandés.

J'autorise également SSQ à communiquer mon dossier à un ou plusieurs médecins de son choix aux fins d'évaluation.

Les photocopies de la présente ont la même valeur que l'original.

14 _____ Signature 15 | A | A | A | A | M | M | J | J | _____ Date

Attention

Les sections suivantes doivent être dûment remplies et signées :

Par la personne assurée

- Déclaration de la personne assurée (1 à 15)
- Section supérieure de la déclaration remplie par le médecin traitant

Par l'administrateur du régime

- Déclaration de l'administrateur du régime

Par le médecin traitant

- Déclaration du médecin traitant

Recevez un courriel à chaque étape importante du traitement de votre dossier d'invalidité.

Rendez-vous au **SSQ.CA**, inscrivez-vous au site **ACCÈS | assurés** en fournissant une adresse courriel accessible pendant votre invalidité.

Déclaration de l'administrateur du régime

1 Nom du responsable : _____ Titre : _____

2 Nom du groupe : _____ Téléphone : (_____) _____ - _____ poste : _____

3 N° de contrat : _____
N° de groupe ou de police N° de certificat

4 Nom de la personne assurée : _____ 5 Prénom de la personne assurée : _____

6 Occupation de la personne assurée : _____

7 Principales tâches de la personne assurée : _____

8 Salaire hebdomadaire au début de l'invalidité : brut _____ \$ net _____ \$ (salaire brut moins impôt fédéral, impôt provincial, RRQ, assurance emploi)

9 Exemptions fiscales personnelles : fédérales TD1 _____ \$ provinciales TP1015.3 _____ \$

10 Temps plein Temps partiel : % du temps travaillé _____ Sur appel Autre, précisez : _____

11 Semaine régulière de travail : du _____ jour au _____ jour Horaire : de _____ heure à _____ heure

12 Nombre d'heures travaillées dans une semaine régulière : _____

13 Dernier jour de travail :

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 14 Nombre d'heures travaillées au cours de cette journée : _____

15 Date du premier jour d'absence du travail :

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

16 L'employé est-il de retour au travail? non oui → Date :

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

17 À REMPLIR POUR LES EMPLOYÉS À HORAIRE VARIABLE

S'il y a lieu, indiquez dans la case appropriée le nombre d'heures de travail prévues pour chaque jour : 1° - À partir du dernier jour de travail
 2° - Lors du retour au travail

année	mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

18 L'invalidité est-elle attribuable à un accident de travail?
 une maladie professionnelle?

19 Est-ce que l'invalidité coïncide avec :

un congédiement? non oui → date :

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

une mise à pied? non oui → du

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 au

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 date de l'avis :

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

une abolition de poste? non oui → date :

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

un congé sans solde? non oui → du

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 au

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

autre, précisez : _____ du

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 au

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

20 Pendant la période d'invalidité, avez-vous versé des sommes à cet employé? non oui
 Si oui, précisez la nature (ex. : vacances, congé de maladie, etc.), la période et le montant : _____
Nature Période Montant

21 Y a-t-il d'autres renseignements relatifs à la présente demande que nous devrions connaître? non oui
 Si oui, précisez : _____

22 Si l'employé peut faire un travail adapté à sa condition, existe-t-il un tel travail dans votre organisation? non oui
 Si oui, précisez : _____

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets, exacts et véridiques.

23 _____
Signature de la personne autorisée

24 Date :

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : _____ N° de groupe ou de police _____ N° de certificat _____ 4 Numéro d'assurance sociale : _____ **FACULTATIF**
 5 Date de naissance : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____
 1.2 Secondaire : _____
 1.3 Symptômes actuels : _____
 1.4 Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : léger moyen intense avec éléments psychotiques
 1.5 Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :
 à la vie conjugale/familiale à la perte d'un emploi ou à une mise à pied à des problèmes professionnels
 à des problèmes personnels ou interpersonnels à la consommation abusive d'alcool ou de drogues ou à des problèmes de jeu
 autres, précisez : _____
 1.6 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont les diagnostics font état : _____
 reçu des traitements médicaux consulté un autre médecin pris des médicaments été hospitalisé subi des examens
 Précisez la date des épisodes antérieurs : _____

2. Traitement

2.1 Médicaments – Nom et posologie : _____

 2.2 Le patient consulte-t-il :
 un psychiatre? non oui un travailleur social? non oui
 un psychologue? non oui un autre intervenant de la santé? non oui
 Si oui, nom de l'intervenant consulté : _____
 2.3 Hospitalisation du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : | A | A | A | A | M | M | J | J | Prochaine consultation : | A | A | A | A | M | M | J | J |
 3.2 Autres dates de consultation : _____
 3.3 Fréquence du suivi : _____
 3.4 Le patient sera-t-il dirigé vers un psychiatre? non oui Nom du médecin : _____
 3.5 Durée approximative de l'incapacité : nombre de jours _____ nombre de semaines _____ indéterminée ou date de retour au travail : | A | A | A | A | M | M | J | J |
 3.6 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? nombre de jours _____ nombre de semaines _____
 à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. Questions spécifiques au contrat

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : _____
 5.2 N° de permis d'exercer : _____ Télécopieur : _____
 omnipraticien spécialiste Précisez : _____
 Signature : _____ Date : | A | A | A | A | M | M | J | J |

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____

3 N° de contrat : _____ N° de groupe ou de police _____ N° de certificat _____

4 Numéro d'assurance sociale : _____ **FACULTATIF**

5 Date de naissance : _____ **A A A A M M J J**

Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____

1.2 Secondaire : _____

1.3 Complications : _____

1.4 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont le ou les diagnostics font état :
 reçu des traitements médicaux consulté un autre médecin pris des médicaments été hospitalisé subi des examens
 Précisez les périodes : _____

1.5 L'incapacité est-elle liée à : un accident une maladie un accident du travail un accident d'automobile
 Date de l'événement : **A A A A M M J J**
 une grossesse non oui
 un retrait préventif non oui Date prévue de l'accouchement : **A A A A M M J J**

1.6 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.
 au début de l'invalidité **A A A A M M J J** actuellement _____

2. Traitement

2.1 Médicaments – Nom et posologie : _____

2.2 Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :
 a) des examens ou tests? non oui Précisez : _____
 b) une opération? non oui d'un jour type _____ Date : **A A A A M M J J**
 Intervention chirurgicale? _____
 c) d'autres traitements? non oui Précisez : _____
 d) une hospitalisation du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____
 e) un court séjour en observation (nombre d'heures)? _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : **A A A A M M J J** Prochaine consultation : **A A A A M M J J**

3.2 Autres dates de consultation : _____
 Fréquence du suivi : _____

3.3 Orientation vers un autre médecin : non oui
 Nom du médecin : _____ Spécialité : _____

3.4 Durée approximative de l'incapacité : nombre de jours _____ nombre de semaines _____
 indéterminée ou date de retour au travail : **A A A A M M J J**

3.5 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? nombre de jours _____ nombre de semaines _____
 à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. Questions spécifiques au contrat

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : _____

5.2 N° permis d'exercer : _____ Télécopieur : _____

omnipraticien spécialiste Précisez : _____

Signature : _____ Date : **A A A A M M J J**

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE