

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.

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

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

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 : 14 Nombre d'heures travaillées au cours de cette journée : _____
- 15 Date du premier jour d'absence du travail :
- 16 L'employé est-il de retour au travail? non oui → Date :
- 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 :
- une mise à pied? non oui → du au date de l'avis :
- une abolition de poste? non oui → date :
- un congé sans solde? non oui → du au
- autre, précisez : _____ du au
- 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 :