

Nature de la demande : Invalidité – perte de revenu Invalidité – frais de bureau Exonération des primes

**POUR ASSURER LE TRAITEMENT RAPIDE DE LA DEMANDE,
VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET OBTENIR TOUTES LES SIGNATURES REQUISES.**

Déclaration de la personne assurée

N° de police _____ N° de certificat _____ N° Sogemec _____ N° permis _____

Spécialité _____
Nom de l'adhérent _____ Prénom _____ Féminin Masculin
Sexe

Adresse _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone principal _____ J'autorise SSQ, Société d'assurance vie inc., ci-après nommée SSQ Assurance à laisser des messages concernant mon dossier d'invalidité sur ma boîte vocale.

Adresse courriel* _____ Date de naissance _____

*Veuillez fournir cette information seulement si vous autorisez SSQ Assurance à communiquer avec vous par courriel.

Renseignements financiers

Structure d'entreprise : Travailleur autonome Incorporation (inc.) Société en nom collectif (SENC) (Veuillez fournir la preuve de la quote-part)

Veuillez indiquer la méthode comptable utilisée** :

- Comptabilité de caisse (Revenu comptabilisé lors de l'encaissement et la dépense lorsqu'elle est payée)
- Comptabilité d'exercice (Revenu comptabilisé lorsqu'il est gagné et la dépense lorsqu'elle est engagée)

**Ne pourra pas être modifié en cours d'invalidité.

1. Détenez-vous une assurance invalidité perte de revenu et/ou invalidité frais de bureau (individuelle, collective ou groupe association) auprès d'un autre assureur? Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Assureur	Numéro de contrat	Type de produit	Délai de carence	Montant de la protection mensuelle	Date de mise en vigueur

Je ne détiens aucune autre garantie d'assurance invalidité.

2. Avez-vous d'autres sources de revenu? Non Oui –Veuillez cocher l'un des choix suivants :

Salaire Vacances Congés de maladie Autre : _____ Montant mensuel : _____ \$

3. Au moment où vous avez cessé de travailler, occupiez-vous un emploi secondaire? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser : _____

4. Recevez-vous ou avez-vous l'intention de présenter une demande de prestations à l'un des organismes suivants :

Programme	Non	Si oui						Avez-vous l'intention de contester cette décision?	
		À l'étude	Acceptée	Numéro de référence	Montant	Fréquence des paiements	Refusée	Oui	Non
Commission des normes en santé et sécurité au travail (CNESST) ou autre organisme similaire	<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) ou autre organisme similaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ \$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emploi et Développement social Canada (EDSC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ \$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régie des rentes du Québec (RRQ) pour une rente d'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ \$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime de pensions du Canada (RPC) pour une rente d'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ \$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre _____	<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.

Renseignements sur les activités professionnelles

1. Quel est votre horaire normal de travail ? _____

Nombre moyen d'heures de travail par semaine ? _____

2. Veuillez répartir vos heures de travail selon les fonctions suivantes :

Fonction	% du temps hebdomadaire	Nombre d'heures
Consultations		
Chirurgie		
Garde		
Enseignement		
Urgence		
Recherche		
Autres (précisez) : _____ _____		

3. Répondre oui ou non aux questions suivantes pour l'année précédent votre arrêt de travail et si vous répondez oui, veuillez expliquer :

a) Vos responsabilités ont-elles été modifiées ? Oui Non

Expliquez : _____

b) Y a-t-il des changements dans vos tâches? Oui Non

Expliquez : _____

Situation actuelle

Depuis quand êtes-vous inapte au travail ? Date S'agit-il d'un arrêt de travail : Total Partiel

1. L'invalidité est-elle attribuable à un accident? Oui Non

Lieu de l'accident : Domicile Travail Ailleurs, précisez : _____

Date de l'accident

Circonstances : _____

S'il s'agit d'un accident d'automobile, vous étiez : Conducteur Passager

Si vous n'êtes pas un résident du Québec, veuillez présenter un rapport de police.

2. La période d'invalidité est-elle liée à des problèmes professionnels ? Non Oui

Précisez : _____

3. Si vous avez repris le travail, date du retour au travail :

4. Si vous n'avez pas repris le travail, quelle est la date probable ou prévue du retour au travail ?

5. Avez-vous été en invalidité au cours des 12 derniers mois? Oui Non

Si oui, pourriez-vous nous indiquer si votre arrêt de travail actuel est pour :

La même condition Une autre condition?

Veuillez préciser les périodes de retour au travail : _____

6. Êtes-vous hospitalisé? Non Oui

7. Décrivez tous vos symptômes, y compris leur gravité et leur fréquence : _____

8. Expliquez en quoi votre état vous empêche de travailler : _____

9. Décrivez les tâches de l'emploi que vous ne pouvez plus accomplir : _____

10. Y a-t-il d'autres facteurs liés à vos fonctions qui pourraient avoir une influence sur votre retour au travail?

Non Oui, précisez : _____

11. Décrivez brièvement vos activités journalières depuis votre arrêt de travail : _____

Médecins et antécédents

1. Nom de votre médecin traitant : _____

Date de la première visite

Adresse : _____

2. Avez-vous été hospitalisé pour cet état de santé ? Non Oui Date

Hôpital : _____

3. Quand vos symptômes sont-ils apparus ? _____

4. Quand avez-vous consulté un médecin pour cet état la première fois ?

5. Avez-vous déjà eu une maladie ou subi une blessure de nature semblable ? Non Oui Date

6. Pourriez-vous reprendre votre travail de façon progressive ? Non Oui

7. Votre médecin traitant vous a-t-il prescrit une médication ? Non Oui

En l'occurrence, la prenez-vous régulièrement ? Non Oui

8. Au cours des deux dernières années précédant votre arrêt de travail, avez-vous consulté un médecin ou un professionnel de la santé ou été hospitalisé pour des problèmes de santé reliés à votre arrêt de travail actuel? * Non Oui

* À remplir si vous êtes assurés depuis moins de deux ans.

Maladie	Date de consultation ou du traitement	Traitement prescrit, médicaments, autre	Nom et adresse du médecin
	A A A A M M J J		
	A A A A M M J J		
	A A A A M M J J		
	A A A A M M J J		

Confirmation et autorisation de l'adhérent

JE CONFIRME que les déclarations faites dans ce formulaire comme dans toute entrevue personnelle ou téléphonique ayant trait à la présente demande sont, à ma connaissance, véridiques et complètes. IL EST ENTENDU ET CONVENU que ces déclarations constituent la base de tout règlement consenti par suite de la présente demande.

J'AUTORISE PAR LA PRÉSENTE

- (i) tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, tout organisme ou établissement de santé, le Bureau de renseignements médicaux, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, l'administrateur de la Police, à communiquer à SSQ, Société d'assurance-vie inc., ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé à communiquer à ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom, tout dossier (y compris les notes de médecins) et tout renseignement d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information à mon égard qui est nécessaire à l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité;
- (ii) SSQ, Société d'assurance-vie inc. à échanger avec l'administrateur de la Police toute information en vue d'évaluer ma demande de prestations d'invalidité ou d'examiner les possibilités de réadaptation et de planifier mon retour au travail; et
- (iii) SSQ, Société d'assurance-vie inc. à communiquer mon dossier à un ou plusieurs médecins de son choix aux fins d'évaluation.

Une photocopie de la présente section « Confirmation et autorisation de l'adhérent » a la même valeur que l'original.

La présente section « Confirmation et autorisation de l'adhérent » n'est valide que pour cette demande de prestations d'invalidité.

Signature de l'adhérent

| A | A | A | A | M | M | J | J |
Date

Adresse

Ville

Code postal

Tél. au domicile

Tél. au travail

Poste