

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

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

PARTIE 1 – COORDONNÉES

N° de police N° de certificat

Nom de l'adhérent Prénom

Date de naissance Sexe : Féminin Masculin Langue : Français Anglais

PARTIE 2 – MOTIF DE LA DEMANDE

1. Accident. Si le congé de maladie est consécutif à un accident, précisez : _____

- 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 : _____

PARTIE 3 – EMPLOI

Depuis quand êtes-vous inapte au travail ? Date

1. Expliquez en quoi votre état vous empêche de travailler.

2. Décrivez les tâches de l'emploi que vous ne pouvez plus accomplir.

3. Au moment où vous avez cessé de travailler, occupiez-vous un emploi secondaire ? Dans l'affirmative, veuillez préciser :

PARTIE 4 – SITUATION ACTUELLE

1. Êtes-vous obligé de rester à la maison ? Non Oui

Êtes-vous alité ? Non Oui

Êtes-vous hospitalisé ? Non Oui

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

PARTIE 5 – REVENUS D'AUTRES PROVENANCES

Avez-vous présenté ou avez-vous l'intention de présenter une demande de prestations à l'un des organismes suivants ?

- Commission des normes en santé et sécurité au travail (CNESST) ou autre organisme similaire Non Oui Date | A | A | A | A | M | M | J | J |
- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou autre organisme similaire Non Oui Date | A | A | A | A | M | M | J | J |
- Emploi et Développement social Canada (EDSC) Non Oui Date | A | A | A | A | M | M | J | J |
- Régie des rentes du Québec (RRQ): Rente d'invalidité Rente de retraite Non Oui Date | A | A | A | A | M | M | J | J |
- Régime de pensions du Canada (RPC): Rente d'invalidité Rente de retraite Non Oui Date | A | A | A | A | M | M | J | J |
- Autre (Précisez): _____ Date | A | A | A | A | M | M | J | J |

Si la demande a déjà été présentée, veuillez nous fournir copie de toute correspondance échangée et, s'il y a lieu, nous faire part de la décision qui a été prise.

PARTIE 6 – MÉDECINS ET ANTÉCÉDENTS

1. Nom de votre médecin traitant: _____ Date de la première visite | A | A | A | A | M | M | J | J |
Adresse: _____
2. Avez-vous été hospitalisé pour cet état de santé? Non Oui Date | A | A | A | A | M | M | J | J |
Hôpital: _____
3. Quand vos symptômes sont-ils apparus? _____
4. Quand avez-vous consulté un médecin pour cet état la première fois? | A | A | A | A | M | M | J | J |
5. Avez-vous déjà eu une maladie ou subi une blessure de nature semblable? Non Oui Date | A | A | A | A | M | M | J | J |
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. Si vous avez souscrit à votre contrat d'assurance dans les deux dernières années, veuillez énumérer tous les médecins qui vous ont traité au cours des deux dernières années et apportez les précisions demandées.

| 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 | | |

PARTIE 7 – 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

| | | | | | | | | | | | | | | |
Code postal

Tél. au domicile

Tél. au travail

poste