

Déclaration de la personne assurée

Nom _____ Prénom _____

N° de groupe ou de police _____ N° de certificat _____

N° de contrat _____ Nom du preneur _____ Numéro d'assurance sociale (facultatif) _____

Adresse complète _____ Code postal _____

Téléphone (résidence) _____ Téléphone (bureau) _____ poste _____

État civil : ☐ célibataire ☐ monoparental ☐ marié ou en union de fait

Personnes à VOTRE charge : Conjoint : ☐ non ☐ oui Enfants : ☐ non ☐ oui Nombre : _____ Âge : _____

Nom du médecin traitant _____

Depuis votre arrêt de travail, avez-vous exercé une autre occupation? ☐ non ☐ oui ➔ Date de début : _____

Si oui, précisez la nature des tâches _____

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

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

Recevez-vous ou 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	Numéro de références	Montant	Fréquence des paiements	Refusée	Avez-vous l'intention de contester cette décision?	
								non	oui
PROGRAMME									
Assurance emploi									
Si acceptée, date de début des prestations : _____	☐	☐	☐		\$		☐	☐	☐
Indemnité pour accident de travail ou maladie professionnelle	☐	☐	☐		\$		☐	☐	☐
Agence provinciale ou fédérale	☐	☐	☐		\$		☐	☐	☐
Loi sur l'assurance automobile ou autre programme d'indemnisation	☐	☐	☐		\$		☐	☐	☐
RÉGIME									
Régime de retraite ou de pension	☐	☐	☐		\$		☐	☐	☐
Assurance de rente d'invalidité	☐	☐	☐		\$		☐	☐	☐
Régime d'assurance maladie ou régime social	☐	☐	☐		\$		☐	☐	☐
Autre régime d'assurance collective : _____	☐	☐	☐		\$		☐	☐	☐

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

ADHÉSION OBLIGATOIRE AU DÉPÔT DIRECT (IMPORTANT : Veuillez signer l'autorisation suivante et y joindre un spécimen de chèque portant la mention « ANNULÉ »).

Par la présente, j'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc. à déposer mes prestations d'assurance salaire dans mon compte bancaire.

Signature _____ Date _____

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 l'administrateur de l'assurance emploi, l'indemnité pour accident du travail ou un régime provincial d'assurance automobile;
- 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.

Signature _____ Date _____

ATTENTION

Les sections suivantes doivent être dûment remplies et signées :

Par la personne assurée

- Déclaration de la personne assurée

Par l'administrateur du régime

- Déclaration de l'administrateur du régime

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

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

Déclaration de l'administrateur du régime

Nom du responsable

Titre

Nom du groupe

Téléphone

poste

N° de groupe ou de police

N° de certificat

N° de contrat

N° de certificat

Nom de la personne assurée

Prénom de la personne assurée

L'employé a-t-il eu une invalidité dans les 12 derniers mois? ☐ non ☐ oui Si oui, précisez la période

Occupation de la personne assurée

Principales tâches de la personne assurée

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

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

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

Semaine régulière de travail : du JOUR au JOUR Horaire : de HEURE à HEURE

Nombre d'heures travaillées dans une semaine régulière : Date de début d'emploi : A A A A M M J J J

Dernier jour de travail : A A A A M M J J J Nombre d'heures travaillées au cours de cette journée :

Date du premier jour d'absence du travail : A A A A M M J J J

L'employé est-il de retour au travail? ☐ non ☐ oui ➡ Date : A A A A M M J J J

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

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

Est-ce que l'invalidité coïncide avec :

un congédiement? ☐ non ☐ oui ➡ date A A A A M M J J J

une mise à pied? ☐ non ☐ oui ➡ du A A A A M M J J J au A A A A M M J J J date de l'avis A A A A M M J J J

une abolition de poste? ☐ non ☐ oui ➡ date A A A A M M J J J

un congé sans solde? ☐ non ☐ oui ➡ du A A A A M M J J J au A A A A M M J J J

un départ à la retraite? ☐ non ☐ oui ➡ date A A A A M M J J J

autre, précisez : du A A A A M M J J J au A A A A M M J J J

Pendant la période d'invalidité, avez-vous versé des sommes à cet employé? ☐ non ☐ oui

Nature

Période

Montant

Si oui, précisez la nature (ex. : vacances, congé de maladie, etc.), la période et le montant :

Y a-t-il d'autres renseignements relatifs à la présente demande que nous devrions connaître? ☐ non ☐ oui

Si oui, précisez :

Si l'employé peut faire un travail adapté à sa condition, existe-t-il, actuellement ou dans un proche avenir, un tel travail disponible dans votre organisation? ☐ non ☐ oui

Si l'employé a occupé un emploi adapté, veuillez nous en donner la description et nous mentionner la période concernée :

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

Signature de la personne autorisée Date A A A A M M J J J