

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 : 29 880 n° de groupe n° d'employé 4 Numéro d'assurance sociale : _____

5 Adresse complète : _____ Code postal : _____

6 Téléphone résidence : () - Autre : () - Poste : _____

7 Sexe : F M 8 Date de naissance : _____

9 Depuis votre arrêt de travail, avez-vous exercé une autre occupation? non oui → Date de début : _____
Si oui, précisez la nature des activités : _____

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

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

12 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?	
					oui	non
Assurance emploi (DRHC) <small>Si acceptée, date de début des prestations :</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)	<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"/>				
Commission administrative de régimes de retraite et d'assurances (CARRA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sécurité du Revenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Autres polices d'assurance collective :	<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.

J'autorise par la présente tout médecin, tout autre professionnel de la santé et toute partie participante dans les secteurs des soins de santé et de la réhabilitation, ainsi que tout établissement de santé ou services sociaux public ou privé, toute société d'assurance, ainsi que tout assureur, tout établissement public ou privé, tout agent d'information, tout intermédiaire du marché, tout employeur ou ex-employeur, le titulaire de police ainsi que toute autre personne qui possède des dossiers ou des renseignements personnels, en particulier des renseignements médicaux, à fournir à SSQ Société d'assurance-vie inc. (ci-après appelée SSQ) ou à ses filiales, sociétés affiliées, administrateurs et réassureurs tiers, tous les renseignements qu'il ou elle possède, aux fins suivantes : enquêter et confirmer l'exactitude de ma demande de règlement, déterminer mon admissibilité aux prestations, administrer ma demande de règlement, évaluer et faciliter ma capacité de retourner au travail, et administrer le régime d'avantages sociaux collectifs et la couverture.

J'autorise aussi SSQ à divulguer ces renseignements aux personnes indiquées ci-dessus, le cas échéant, dans le cadre de leurs activités et le traitement de mon dossier.

J'autorise aussi SSQ et les consultants médicaux de mon détenteur de police collective à recueillir, à utiliser et à divulguer entre eux les renseignements me concernant, y compris les détails liés au diagnostic, au traitement ou à la médication, qui sont pertinents à ma demande de règlement, dans le but de planifier et de gérer ma réhabilitation et mon retour au travail.

En cas de décès, j'autorise officiellement le titulaire de police, l'employeur, le bénéficiaire, les successeurs ou les ayants droit, à fournir à SSQ ou à ses filiales, sociétés affiliées, administrateurs et réassureurs, le cas échéant, toutes les informations ou autorisations qui rendent possible le traitement de mon dossier.

Cette autorisation est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie ou une copie électronique de cette autorisation sera aussi valide que l'originale.

Attention

Les sections suivantes doivent être dûment remplies et signées:

Par la personne assurée

- Déclaration de la personne assurée (1 à 14)
- Section supérieure de la déclaration remplie par le médecin traitant

Par l'employeur

- Déclaration de l'employeur

Par le médecin traitant

- Déclaration du médecin traitant

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : 29 880 4 Numéro d'assurance sociale : _____
n° de groupe n° d'employé

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 sévérité : léger moyen sévère avec éléments psychotiques
- 1.5 Facteurs déclencheurs ou aggravants :
- 1.6 Date de l'apparition des symptômes :
- 1.7 Est-ce le premier épisode? non oui
 Si non, précisez la date du ou des épisodes antérieurs :

2. TRAITEMENT

- 2.1 Médication (nom - posologie - date de prescription) :
- 2.2 Voit-il un psychothérapeute ou tout autre intervenant? non oui
 Si oui, nom de l'intervenant : _____ Spécialité : _____
- 2.3 a) Hospitalisation: du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____
 b) Séjour en observation : nombre d'heures :

3. SUIVI

3.1 S'il vous plaît, veuillez indiquer la date de chacune des visites pour cette invalidité :

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	

- 3.2 Fréquence du suivi :
- 3.3 Le patient a-t-il été référé pour un examen ou un traitement psychiatrique? non oui Nom du médecin : _____
 S'il vous plaît, joindre une copie de vos notes médicales et de tout résultat d'examen ou rapport de consultation en votre possession.

4. PRONOSTIC

- 4.1 Considérez-vous votre patient totalement incapable d'exercer son emploi actuel? non
 oui → du _____ au _____ inclus.
- 4.2 Date prévue du retour au travail :

5. IDENTITÉ DU MÉDECIN

5.1 Nom : _____ Prénom : _____
 5.2 Adresse : _____
 5.3 N° de licence : _____ Téléphone : _____
 Omnipraticien Spécialiste → Précisez : _____
 Signature _____ Date: _____

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE, S'IL Y EN A, SONT ASSUMÉS PAR LE PATIENT

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : **29 880** n° de groupe n° d'employé 4 Numéro d'assurance sociale : _____

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 L'invalidité est-elle reliée à :
 a) un accident? non oui → Précisez : _____ Date : _____
 b) un accident de travail? non oui → rechute récurrence Date : _____
 c) un accident d'automobile? non oui → rechute récurrence Date : _____
 d) une grossesse? non oui Date prévue d'accouchement : _____

2. TRAITEMENT

2.1 Médication (nom - posologie - date de prescription) : _____
 2.2 Prévoyez-vous :
 a) des examens? non oui → Précisez : _____ Date : _____
 b) une chirurgie? non oui → Précisez : _____ Date : _____
 c) d'autres traitements? non oui → Précisez : _____ Date : _____
 2.3 Type d'intervention subie :
 a) chirurgie d'un jour : _____ autre chirurgie : _____
 b) hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____
 c) séjour en observation : nombre d'heures : _____

3. SUIVI

3.1 S'il vous plaît, veuillez indiquer la date de chacune des visites pour cette invalidité :

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

3.2 Fréquence du suivi : _____
 3.3 Référence à un autre médecin? non oui Nom du médecin : _____ Spécialité : _____
 S'il vous plaît, joindre une copie de vos notes médicales et de tout résultat d'examen ou rapport de consultation en votre possession.

4. PRONOSTIC

4.1 Considérez-vous votre patient totalement incapable d'exercer son emploi actuel? non
 oui → du _____ au _____ inclus.
 4.2 Date prévue du retour au travail : _____

5. IDENTITÉ DU MÉDECIN

5.1 Nom : _____ Prénom : _____
 5.2 Adresse : _____
 5.3 N° de licence : _____ Téléphone : _____
 Omnipraticien Spécialiste → Précisez : _____
 Signature _____ Date : _____