

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"/>	<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"/>
Sécurité du Revenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres polices 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 les personnes suivantes :

- les médecins et autres professionnels de la santé;
- les établissements médicaux, paramédicaux ou cliniques;
- le preneur, l'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;

détenant des renseignements personnels à mon sujet, notamment des renseignements médicaux, à les communiquer à SSQ, Société d'assurance-vie inc. (ci-après désignée SSQ) ou son agent. Par la même occasion, je les relève de leur obligation de confidentialité et les autorise à communiquer à SSQ ou son agent les renseignements demandés.

De plus, j'autorise SSQ ou son agent à communiquer mon dossier à un ou plusieurs médecins de son choix aux fins d'évaluation.

Les photocopies de la présente autorisation 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 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

13 _____ Signature _____ 14 _____ Date _____

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 :

A	M	J

b) un accident de travail? non oui → rechute récurrence Date :

A	M	J

c) un accident d'automobile? non oui → rechute récurrence Date :

A	M	J

d) une grossesse? non oui Date prévue d'accouchement :

A	M	J

2. TRAITEMENT

2.1 Médication (nom - posologie - date de prescription) : _____

2.2 Prévoyez-vous :

a) des examens? non oui → Précisez : _____ Date :

A	M	J

b) une chirurgie? non oui → Précisez : _____ Date :

A	M	J

c) d'autres traitements? non oui → Précisez : _____ Date :

A	M	J

2.3 Type d'intervention subie :

a) chirurgie d'un jour :

A	M	J

 autre chirurgie :

A	M	J

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 :

A	M	J

5. IDENTITÉ DU MÉDECIN

5.1 Nom : _____ Prénom : _____

5.2 Adresse : _____

5.3 N° de licence : _____ Téléphone : (_____) _____ - _____

Omnipraticien Spécialiste → Précisez : _____

Signature Date :

A	M	J

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