

**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 \_\_\_\_\_ Date de naissance | A | A | A | A | M | M | J | J | \_\_\_\_\_ Sexe  F  M

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 : | A | A | A | A | M | M | J | J | \_\_\_\_\_

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
<b>PROGRAMME</b>									
Assurance emploi									
Si acceptée, date de début des prestations :   A   A   A   A   M   M   J   J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnité pour accident de travail ou maladie professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agence provinciale ou fédérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loi sur l'assurance automobile ou autre programme d'indemnisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RÉGIME</b>									
Régime de retraite ou de pension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance de rente d'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime d'assurance maladie ou régime social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre régime 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.**

**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 | A | A | A | A | M | M | J | J | \_\_\_\_\_

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 | A | A | A | A | M | M | J | J | \_\_\_\_\_

**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 au **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 \_\_\_\_\_

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 |

Dernier jour de travail : | A | A | A | A | M | M | 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 |

L'employé est-il de retour au travail?  non  oui → Date : | A | A | A | A | M | M | 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 |

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

une abolition de poste?  non  oui → date | A | A | A | A | M | M | J | J |

un congé sans solde?  non  oui → du | A | A | A | A | M | M | J | J | au | A | A | A | A | M | M | J | J |

un départ à la retraite?  non  oui → date | A | A | A | A | M | M | J | J |

autre, précisez : \_\_\_\_\_ du | A | A | A | A | M | M | J | J | au | A | A | A | A | M | M | 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 |