



Les renseignements de 1 à 4 doivent être reportés dans la partie supérieure de la déclaration du médecin traitant.

**DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE**

1 Nom : \_\_\_\_\_ 2 Prénom : \_\_\_\_\_

3 N° de contrat : | 21Y00 | | \_\_\_\_\_ | 4 Numéro d'assurance sociale : | \_\_\_\_\_ |  
n° de police n° d'employé

5 Adresse complète : \_\_\_\_\_ Code postal : | \_\_\_\_\_ |

6 Téléphone résidence : ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_ Autre : ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

7 Sexe : F  M  8 Date de naissance : | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |  
A M J

9 **ÉTAT CIVIL** **PERSONNES À VOTRE CHARGE** Nombre : \_\_\_\_\_

célibataire |  monoparental |  marié ou en union de fait conjoint :  non  oui enfants :  non  oui Âge : \_\_\_\_\_

10 Depuis votre arrêt de travail, avez-vous exercé une autre occupation? non  oui  → Date de début : | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |  
A M J

Si oui, précisez la nature des activités : \_\_\_\_\_

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

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

13 Avez-vous présenté une demande afin de bénéficier d'un programme ou d'un régime mentionné ci-dessous?

PROGRAMME	Si acceptée, date de début des prestations <small>A M J</small>	NON	SI OUI		SI REFUSÉE		
			À l'étude	Acceptée	Refusée	Avez-vous l'intention de contester cette décision? oui non	
Assurance emploi (DRHC)	_____     _____     _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnité pour accident du travail		<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.**

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;
- l'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, et
- 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 médical à un ou plusieurs médecins de son choix aux fins d'évaluation. À moins d'un avis écrit et signé de ma part, j'autorise également SSQ ou son agent à communiquer mon dossier médical à l'assureur administrant la protection d'assurance salaire de longue durée, si cela s'avérait nécessaire.

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 au-dessus de la déclaration du médecin traitant

**Par l'administrateur du régime**

- déclaration de l'administrateur du régime

**Par le médecin traitant**

- déclaration du médecin traitant

14 \_\_\_\_\_  
Signature

15 | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |  
Date  
A M J

# Déclaration de l'employeur



- 1 Nom du responsable : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_
- 2 Nom du groupe : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_
- 3 N° de contrat : | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
n° de groupe n° d'employé
- 4 Nom de la personne assurée : \_\_\_\_\_ 5 Prénom de la personne assurée : \_\_\_\_\_
- 6 Occupation de la personne assurée : \_\_\_\_\_
- 7 Principales tâches de la personne assurée : \_\_\_\_\_
- 8 Salaire hebdomadaire au début de l'invalidité : Brut \_\_\_\_\_ \$ Net \_\_\_\_\_ \$
- 9 Exemptions fiscales personnelles : fédérales TD1 \_\_\_\_\_ \$ provinciales TP1015.3 \_\_\_\_\_ \$
- 10 Temps plein  Temps partiel  : % du temps travaillé \_\_\_\_\_ Sur appel  Autre  (précisez) : \_\_\_\_\_
- 11 Semaine régulière de travail : du \_\_\_\_\_ jour au \_\_\_\_\_ jour horaire : de \_\_\_\_\_ heure à \_\_\_\_\_ heure
- 12 Nombre d'heures travaillées dans une semaine régulière : \_\_\_\_\_
- 13 Dernier jour de travail : | A | A | A | A | M | M | J | J | 14 Nombre d'heures travaillées au cours de cette journée : \_\_\_\_\_
- 15 Date du premier jour d'absence au travail : | A | A | A | A | M | M | J | J |
- 16 L'employé est-il de retour au travail? non  oui  → Date : | A | A | A | A | M | M | J | J |

## 17 À REMPLIR POUR LES EMPLOYÉS À HORAIRES 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	

- 18 L'invalidité est-elle attribuable à un accident de travail?  une maladie professionnelle?
- 19 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 |
- autre : précisez \_\_\_\_\_ du | A | A | A | A | M | M | J | J | au | A | A | A | A | M | M | J | J |
- 20 Pendant la période d'invalidité, avez-vous versé des sommes à cet employé? non  oui
- |  | Nature | Période | Montant |
|--|--------|---------|---------|
| Si oui, précisez la nature, la période et le montant : _____ | _____  | _____   | _____   |
| (Ex. : vacances, congé de maladie)                           | _____  | _____   | _____   |
- 21 Y a-t-il d'autres informations relatives à la présente demande que nous devrions connaître? non  oui
- Si oui, précisez : \_\_\_\_\_
- 22 Si l'employé peut faire un travail adapté à sa condition, y a-t-il un tel travail disponible dans votre organisation? non  oui
- Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

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

23 \_\_\_\_\_  
 Signature de la personne autorisée

24 Date : | A | A | A | A | M | M | J | J |



1 Nom : \_\_\_\_\_ 2 Prénom : \_\_\_\_\_

3 N° de contrat : 21Y00 | \_\_\_\_\_  
N° de police N° d'employé

4 Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

5 Date de naissance : | A | A | A | A | M | M | J | J |

**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 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état le ou les diagnostics :  
 a) reçu des traitements médicaux  b) consulté un autre médecin  c) pris des médicaments  d) été hospitalisé  e) subi des examens   
 Précisez les périodes : \_\_\_\_\_

1.5 L'incapacité est-elle reliée à : un accident  une maladie  un accident du travail  un accident d'automobile   
 Date de l'événement : | A | A | A | A | M | M | J | J |  
 une grossesse Non  Oui   
 un retrait préventif Non  Oui  Date prévue de l'accouchement : | A | A | A | A | M | M | J | J |

1.6 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.  
 Au début de l'invalidité | A | A | A | A | M | M | J | J | Actuellement \_\_\_\_\_

**2. Traitement**

2.1 Médicaments – nom – posologie \_\_\_\_\_

2.2 Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :  
 a) des examens ou tests Non  Oui  Précisez : \_\_\_\_\_  
 b) une opération Non  Oui  d'un jour  Type \_\_\_\_\_ Date : | A | A | A | A | M | M | J | J |  
 Intervention chirurgicale : \_\_\_\_\_  
 c) d'autres traitements ? Non  Oui  Précisez : \_\_\_\_\_  
 d) une hospitalisation : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_  
 e) un court séjour en observation (nombre d'heures) : \_\_\_\_\_

**3. Suivi et pronostic**

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : | A | A | A | A | M | M | J | J | Prochaine consultation : | A | A | A | A | M | M | J | J |

3.2 Autres dates de consultations : \_\_\_\_\_ Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_

3.3 Orientation vers un autre médecin : Non  Oui  Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
 Spécialité : \_\_\_\_\_

3.4 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_ Indéterminée  ou date de retour au travail | A | A | A | A | M | M | J | J |

3.5 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_  
 à temps partiel  à temps plein  retour progressif  Précisez : \_\_\_\_\_

**4. Questions spécifiques au contrat**

\_\_\_\_\_

**5. Identification du médecin**

5.1 Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

5.2 N° permis d'exercer : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Omnipraticien  Spécialiste  Précisez : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : | A | A | A | A | M | M | J | J |

**NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE**



1 Nom : \_\_\_\_\_ 2 Prénom : \_\_\_\_\_  
 3 N° de contrat : 21Y00 N° de police \_\_\_\_\_ N° d'employé \_\_\_\_\_ 4 Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_  
 5 Date de naissance : A A A A M M J J

**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 gravité de l'ensemble des symptômes : Léger  Moyen  Intense  avec éléments psychotiques   
 1.5 Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :  
 à la vie conjugale/familiale  à la perte d'un emploi ou à une mise à pied  problèmes professionnels  
 à des problèmes personnels ou interpersonnels  à la consommation abusive d'alcool ou de drogues et/ou à des problèmes de jeu  
 autres, précisez : \_\_\_\_\_  
 1.6 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état les diagnostics :  
 a) reçu des traitements médicaux  b) consulté un autre médecin  c) pris des médicaments  d) été hospitalisé  e) subi des examens   
 Précisez la date des épisodes antérieurs : \_\_\_\_\_

**2. Traitement**

2.1 Médicaments – nom – posologie : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 2.2 Le patient consulte-t-il un psychiatre ? Non  Oui  un travailleur social ? Non  Oui   
 un psychologue ? Non  Oui  un autre intervenant de la santé ? Non  Oui   
 Si oui, nom de l'intervenant consulté : \_\_\_\_\_  
 2.3 Hospitalisation : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

**3. Suivi et pronostic**

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : A A A A M M J J Prochaine consultation : A A A A M M J J  
 3.2 Autres dates de consultations : \_\_\_\_\_  
 3.3 Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_  
 3.4 Le patient sera-t-il dirigé vers un psychiatre ? Non  Oui  Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
 3.5 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_ Indéterminée  ou date de retour au travail A A A A M M J J  
 3.6 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_  
 à temps partiel  à temps plein  retour progressif  Précisez : \_\_\_\_\_

**4. Questions spécifiques au contrat**

\_\_\_\_\_

**5. Identification du médecin**

5.1 Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 5.2 N° de permis d'exercer : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Omnipraticien  Spécialiste  Précisez : \_\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_ Date : A A A A M M J J

**NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE**