

1. IDENTIFICATION DU SALARIÉ

N° de client à la CCQ ou n° d'assurance sociale		Numéro de téléphone	
Nom		Prénom	
N°	Rue	N° d'appartement	
Ville	Province	Code postal	

2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EMPLOI (SAUF SI DEMANDE POUR ESPÉRANCE DE VIE RÉDUITE)

Travaillez-vous présentement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de votre dernier employeur	Numéro de téléphone de l'employeur
Votre métier ou occupation		Dernier jour de présence au travail (AAAA-MM-JJ)
<p>Veillez énumérer et détailler chacune des tâches exercées et fournir le pourcentage (%) de temps consacré à chacune d'elles.</p>		

3. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'INVALIDITÉ

Premier jour d'invalidité (AAAA-MM-JJ)	Votre invalidité est-elle terminée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, à quelle date? (AAAA-MM-JJ)
<p>Expliquez les raisons pour lesquelles votre invalidité vous empêche actuellement de travailler.</p>		

4. AUTRES ORGANISMES

Recevez-vous des prestations d'invalidité ou avez-vous déposé une demande auprès de :					
Veillez répondre à chacune des questions		Demande acceptée	Demande refusée	Demande à l'étude	IMPORTANT Veuillez joindre une copie de la décision ou de l'avis d'acceptation de ces organismes, s'il y a lieu.
Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Retraite Québec	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre régime individuel ou collectif d'assurance-salaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. AUTORISATION DU SALARIÉ

Je certifie l'exactitude de tous les renseignements donnés à l'appui de ma demande de prestations pour espérance de vie réduite ou de prestations de retraite pour invalidité.

J'autorise toute personne physique ou morale donnant des services d'ordre médical (médecins, hôpitaux), de même que les compagnies d'assurances, employeurs, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Société de l'assurance automobile du Québec et Retraite Québec à transmettre à la Commission de la construction du Québec (CCQ) ou à ses représentants autorisés tous les renseignements qu'ils possèdent à mon sujet.

Les renseignements ainsi transmis à la Commission de la construction du Québec (CCQ) ne doivent servir qu'à l'étude de ma demande de prestations conformément aux dispositions du Règlement sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux dans l'industrie de la construction. Toutefois, ils pourront être divulgués à toute personne physique ou morale participant à l'étude de cette demande ou à d'autres personnes si la loi l'exige ou si je l'autorise expressément. La présente autorisation ou une copie de celle-ci sera valide tant que durera l'étude de ma demande.

Signature du salarié (obligatoire)

Date (AAAA-MM-JJ)

Veillez retourner ce formulaire ainsi que les pièces justificatives à l'adresse ci-dessous.

Commission de la construction du Québec
Section Retraite et assurance vie
Case postale 2500, succursale Chabanel
Montréal (Québec) H2N 0A9

1. IDENTIFICATION DU PATIENT (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN, EN LETTRES MOULÉES)

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
-----	--------	--------------------------------

2. DIAGNOSTIC

Diagnostic de l'invalidité actuelle

a) Principal	b) Secondaire
c) Symptômes subjectifs	d) Signes objectifs (y compris les résultats récents de radio, ECG, ou autres examens)

3. RÉFÉRENCE

Cette personne vous a-t-elle été référée par un autre médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, à quelle date? (AAAA-MM-JJ)
Nom et spécialité du médecin référant	

4. TRAITEMENTS

Nature des traitements	Médication prescrite et posologie
Réponse au traitement	Pronostic
Description de la chirurgie (s'il y a lieu)	Date de la chirurgie (AAAA-MM-JJ)
Avez-vous référé le patient à un autre médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, date référé (AAAA-MM-JJ)
Nom et spécialité du médecin	

5. INCAPACITÉ

Depuis quelle date cette personne est-elle totalement invalide (incapable d'effectuer les tâches habituelles de sa fonction)? (AAAA-MM-JJ)	
Quand pourra-t-elle reprendre son travail? <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Indéterminé ou <input type="checkbox"/> Date (AAAA-MM-JJ) : _____	
Existe-t-il des limitations fonctionnelles? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui <input type="checkbox"/> Permanentes <input type="checkbox"/> Temporaires
Veuillez les décrire	

6. ESPÉRANCE DE VIE RÉDUITE

La condition médicale de cette personne réduit-elle son espérance de vie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	IMPORTANT Si OUI, estimez-vous son espérance de vie à <input type="checkbox"/> Moins de 2 ans <input type="checkbox"/> 2 ans ou plus
Motivez votre réponse	

7. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom et prénom du médecin	Adresse complète		
<input type="checkbox"/> Omnipraticien <input type="checkbox"/> Spécialiste Précisez : _____	N° de permis	N° de téléphone	
Signature du médecin	Date (AAAA-MM-JJ)	N° de télécopieur	