

Aide-mémoire – Documents nécessaires lors d’une nouvelle demande de prestations d’invalidité chez SSQ Assurance

Au cours des jours précédant la date d’admissibilité aux prestations d’assurance salaire courte durée, une demande de prestations doit être transmise à SSQ Assurance. Vous trouverez ci-dessous une liste des documents et des formulaires nécessaires lors d’une nouvelle demande de prestations d’assurance salaire.

Important : il est nécessaire d’attendre d’avoir en main tous les documents ainsi que les formulaires dûment complétés avant de transmettre, en un seul envoi, votre demande à SSQ Assurance.

Formulaire demande de prestations d’invalidité

- Section déclaration de la personne assurée
- Section déclaration du médecin traitant

Documents médicaux

- Dossier médical complet cumulé depuis le début de l’invalidité incluant toutes les expertises médicales (s’il y a lieu)
- Résultats d’examens ou de tests effectués
- Notes cliniques
- Tout autre document médical disponible à votre dossier que vous jugez pertinent

Pour nous retourner les documents, trois possibilités s’offrent à vous :

- **Par courriel** : salaire@ssq.ca
- **Par fax** : 418 651-5569
- **Par la poste** :
SSQ Assurance | Gestion de l’invalidité et assurance vie
2525 boulevard Laurier, C.P. 10500, Succ. Sainte-Foy
Québec QC G1V 4H6

Des questions?

Vous pouvez nous contacter du lundi au vendredi, de 8h30 à 16h30, en composant le **418 651-2307** ou le **1 888 651-2307**.

Déclaration de la personne assurée

Nom _____ Prénom _____

N° de groupe ou de police | N° de certificat

N° de contrat _____

Adresse complète _____ Code postal _____

Téléphone (résidence) _____ Téléphone (cellulaire) _____

État civil : célibataire monoparental marié ou en union de fait

Personnes à VOTRE charge : Conjoint : non oui Enfants : non oui Nombre : _____ Âge de VOS enfants : _____

Depuis votre arrêt de travail, avez-vous exercé une autre occupation? non oui ➔ Date de début : _____

Si oui, précisez la nature des tâches _____

Avez-vous reçu ou recevez-vous des sommes pour ces tâches? _____

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

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
PROGRAMME									
RQAP (prestations maternité)									
Si acceptée, date de début des prestations : _____	<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 (CNEST)	<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"/>
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"/>
RÉGIME									
Retraite Québec : <input type="checkbox"/> rente d'invalidité ou <input type="checkbox"/> rente de retraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime de pension du Canada : <input type="checkbox"/> rente d'invalidité ou <input type="checkbox"/> rente de retraite	<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.

RENSEIGNEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

Veillez cocher les journées normalement travaillées :

Dim Lun Mar Mer Jeu Ven Sam

Nombre d'heures travaillées dans une semaine régulière : _____

Depuis combien de temps êtes-vous accréditée comme responsable de services de garde? _____

Principales tâches de votre travail : _____

Combien d'enfants accrédités? _____

Au moment de votre arrêt de travail, est-ce que vous aviez toujours ce même nombre d'enfants dans votre service de garde? _____

Veillez préciser le nombre d'enfants dans chacune des catégories d'âge suivantes :

1 mois à 1 an _____ 1 an à 2 ans _____ 2 ans à 3 ans _____

3 ans à 4 ans _____ 4 ans à 5 ans _____ 5 ans à 6 ans _____

RENSEIGNEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES (suite)

Avant votre arrêt de travail, est-ce qu'il y avait quelqu'un qui travaillait avec vous? _____

Si oui, est-elle employée : à temps plein? non oui à temps partiel? non oui

Durant votre arrêt de travail, votre service de garde sera : ouvert fermé

Si votre service de garde demeure ouvert, aurez-vous une remplaçante? non oui

Si oui, est-ce qu'elle sera rémunérée? non oui

Selon vous, existe-t-il une particularité relative à votre environnement de travail qui vous empêche de faire votre travail? non oui

Si oui, préciser : _____

Date de votre arrêt de travail : | A | A | A | A | M | M | J | J | Nombre d'heures travaillées au cours de cette journée : _____

Êtes-vous de retour au travail? non oui → Date : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Si vous n'avez pas repris le travail, date probable du retour : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Est-ce que votre service de garde fait l'objet d'une enquête ou suspension de permis par la CDPDJ (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse)? non oui

Si oui, préciser : _____

Si vous êtes enceinte, une demande de retrait préventif a-t-elle été présentée ou sera-t-elle présentée à la CNESST? non oui

Date prévue d'accouchement : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Veuillez décrire de quelle façon votre invalidité vous empêche de travailler? _____

a) Veuillez décrire brièvement vos activités journalières depuis votre arrêt de travail : _____

b) Quel est votre rôle dans votre service de garde pendant votre invalidité? _____

Y a-t-il des facteurs liés à vos fonctions qui pourraient avoir une influence sur votre retour au travail? _____

ADHÉSION AU DÉPÔT DIRECT

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 de la personne adhérente _____ Date | A | A | A | A | M | M | J | J |

AUTORISATION ET SIGNATURE

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;
- les autres compagnies d'assurance ou de réassurance;
- tout organisme public ou parapublic tel 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 de la personne adhérente _____ 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 le médecin traitant

- Déclaration du médecin traitant

Pour nous retourner les documents, trois possibilités s'offrent à vous :

- Par courriel : salaire@ssq.ca
- Par télécopieur : 418 651-5569
- Par la poste : SSQ Assurance, Assurance salaire, CP 10500, Succ. Sainte-Foy, Québec QC G1V 4H6

Si vous êtes inscrite au site ACCÈS | assurés, vous recevrez un courriel à chaque étape importante du traitement de votre dossier d'invalidité.

Si vous n'êtes pas inscrite au site, rendez-vous au SSQ.CA, inscrivez-vous au site ACCÈS | assurés en fournissant une adresse courriel accessible pendant votre invalidité.

Tous les honoraires exigés pour remplir la déclaration sont à la charge du patient.

Renseignements sur la personne assurée et consentement

À REMPLIR PAR LE PATIENT

Homme Femme Nom de la personne assurée : _____

Date de naissance : | A | A | A | A | M | M | J | J | Taille : _____ Poids : _____ Téléphone au domicile (avec indicatif régional) : _____ Cellulaire (avec indicatif régional) : _____

Adresse : _____ Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Nom de l'employeur : _____ Numéro du contrat : _____ Numéro du certificat de la personne assurée : _____

Dernier jour de travail : | A | A | A | A | M | M | J | J | Date réelle ou prévue du retour au travail : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Déclaration du médecin traitant

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

 • Si votre patient est de retour au travail ou s'il est prévu qu'il le soit dans les 4 semaines suivant la date de son dernier jour de travail, veuillez remplir les sections 1 à 4 uniquement et apposer votre signature à la fin du formulaire.
 • Pour les absences risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir les pages 1 et 2 au complet.

1) Diagnostic

Diagnostic principal : _____

Diagnostic secondaire ou complications : _____

Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :

- à la vie conjugale/familiale à des problèmes personnels ou interpersonnels
 à des problèmes professionnels à la consommation abusive d'alcool ou de drogues ou à des problèmes de jeu

S'il s'agit d'une grossesse – Date prévue ou réelle de l'accouchement | A | A | A | A | M | M | J | J | Voie vaginale Césarienne

Maladie professionnelle ou accident du travail? Oui Non Accident de la route? Oui Non
 Dans l'affirmative, précisez la date : | A | A | A | A | M | M | J | J | Dans l'affirmative, précisez la date : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de votre première consultation avec le patient relativement à cette condition : | A | A | A | A | M | M | J | J | Date du premier jour d'absence du travail en raison de la condition : | A | A | A | A | M | M | J | J |

2) Hospitalisation

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? ou a-t-il subi une intervention de chirurgie ambulatoire?

| A | A | A | A | M | M | J | J | | A | A | A | A | M | M | J | J | _____
 Date d'admission Date de sortie Nom de l'établissement

Si le patient a subi une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description :

| A | A | A | A | M | M | J | J | _____
 Date Description

3) Traitement (médicament, posologie, physiothérapie, autre) :
