

## 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
<b>PROGRAMME</b>									
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"/>
<b>RÉGIME</b>									
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](mailto: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.