

**DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE**

Les renseignements de 1 à 4 doivent être reproduits dans la partie supérieure de la déclaration remplie par le médecin traitant.

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

3 N° de contrat : 29 880 4 Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_  
n° de groupe n° d'employé

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

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

7 Sexe : F  M  8 Date de naissance : \_\_\_\_\_

9 Depuis votre arrêt de travail, avez-vous exercé une autre occupation? non  oui  → Date de début : \_\_\_\_\_  
 Si oui, précisez la nature des activités : \_\_\_\_\_

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

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

12 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	Refusée	Avez-vous l'intention de contester cette décision?	
					oui	non
Si acceptée, Assurance emploi (DRHC) date de début des prestations : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)	<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"/>
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RÉGIME</b>						
Régime de rentes du Québec (RRQ) ou Régime de pensions du Canada (RPC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission administrative de régimes de retraite et d'assurances (CARRA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité du Revenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres polices 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.

J'autorise par la présente tout médecin, tout autre professionnel de la santé et toute partie participante dans les secteurs des soins de santé et de la réhabilitation, ainsi que tout établissement de santé ou services sociaux public ou privé, toute société d'assurance, ainsi que tout assureur, tout établissement public ou privé, tout agent d'information, tout intermédiaire du marché, tout employeur ou ex-employeur, le titulaire de police ainsi que toute autre personne qui possède des dossiers ou des renseignements personnels, en particulier des renseignements médicaux, à fournir à SSQ Société d'assurance-vie inc. (ci-après appelée SSQ) ou à ses filiales, sociétés affiliées, administrateurs et réassureurs tiers, tous les renseignements qu'il ou elle possède, aux fins suivantes : enquêter et confirmer l'exactitude de ma demande de règlement, déterminer mon admissibilité aux prestations, administrer ma demande de règlement, évaluer et faciliter ma capacité de retourner au travail, et administrer le régime d'avantages sociaux collectifs et la couverture.

J'autorise aussi SSQ à divulguer ces renseignements aux personnes indiquées ci-dessus, le cas échéant, dans le cadre de leurs activités et le traitement de mon dossier.

J'autorise aussi SSQ et les consultants médicaux de mon détenteur de police collective à recueillir, à utiliser et à divulguer entre eux les renseignements me concernant, y compris les détails liés au diagnostic, au traitement ou à la médication, qui sont pertinents à ma demande de règlement, dans le but de planifier et de gérer ma réhabilitation et mon retour au travail.

En cas de décès, j'autorise officiellement le titulaire de police, l'employeur, le bénéficiaire, les successeurs ou les ayants droit, à fournir à SSQ ou à ses filiales, sociétés affiliées, administrateurs et réassureurs, le cas échéant, toutes les informations ou autorisations qui rendent possible le traitement de mon dossier.

Cette autorisation est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie ou une copie électronique de cette autorisation sera aussi valide que l'originale.

**Attention**

Les sections suivantes doivent être dûment remplies et signées:

- Par la personne assurée
  - Déclaration de la personne assurée (1 à 14)
  - Section supérieure de la déclaration remplie par le médecin traitant
- Par l'employeur
  - Déclaration de l'employeur
- Par le médecin traitant
  - Déclaration du médecin traitant

13 \_\_\_\_\_ 14 \_\_\_\_\_  
Signature Date

**Section à remplir par le patient**

1 Nom : \_\_\_\_\_ 2 Prénom : \_\_\_\_\_  
 3 N° de contrat : 29 880 4 Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_  
n° de groupe n° d'employé

**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 sévérité : léger  moyen  sévère  avec éléments psychotiques   
 1.5 Facteurs déclencheurs ou aggravants : \_\_\_\_\_  
 1.6 Date de l'apparition des symptômes : \_\_\_\_\_  
 1.7 Est-ce le premier épisode? non  oui   
 Si non, précisez la date du ou des épisodes antérieurs : \_\_\_\_\_

**2. TRAITEMENT**

2.1 Médication (nom - posologie - date de prescription) : \_\_\_\_\_  
 2.2 Voit-il un psychothérapeute ou tout autre intervenant? non  oui   
 Si oui, nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_  
 2.3 a) Hospitalisation: du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_  
 b) Séjour en observation : nombre d'heures : \_\_\_\_\_

**3. SUIVI**

3.1 S'il vous plaît, veuillez indiquer la date de chacune des visites pour cette invalidité :

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	

3.2 Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_  
 3.3 Le patient a-t-il été référé pour un examen ou un traitement psychiatrique? non  oui  Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
 S'il vous plaît, joindre une copie de vos notes médicales et de tout résultat d'examen ou rapport de consultation en votre possession.

**4. PRONOSTIC**

4.1 Considérez-vous votre patient totalement incapable d'exercer son emploi actuel? non   
 oui  → du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclus.  
 4.2 Date prévue du retour au travail : \_\_\_\_\_

**5. IDENTITÉ DU MÉDECIN**

5.1 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 5.2 Adresse : \_\_\_\_\_  
 5.3 N° de licence : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Omnipraticien  Spécialiste  → Précisez : \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE, S'IL Y EN A, SONT ASSUMÉS PAR LE PATIENT**

1 Nom : \_\_\_\_\_ 2 Prénom : \_\_\_\_\_  
 3 N° de contrat : 29 880 n° de groupe \_\_\_\_\_ n° d'employé \_\_\_\_\_ 4 Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (A remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)**

**1. DIAGNOSTIC**

1.1 Principal : \_\_\_\_\_  
 1.2 Secondaire : \_\_\_\_\_  
 1.3 Complications : \_\_\_\_\_  
 1.4 L'invalidité est-elle reliée à :  
 a) un accident? non  oui  → Précisez : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 b) un accident de travail? non  oui  → rechute  récurrence  Date : \_\_\_\_\_  
 c) un accident d'automobile? non  oui  → rechute  récurrence  Date : \_\_\_\_\_  
 d) une grossesse? non  oui  Date prévue d'accouchement : \_\_\_\_\_

**2. TRAITEMENT**

2.1 Médication (nom - posologie - date de prescription) : \_\_\_\_\_  
 2.2 Prévoyez-vous :  
 a) des examens? non  oui  → Précisez : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 b) une chirurgie? non  oui  → Précisez : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 c) d'autres traitements? non  oui  → Précisez : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 2.3 Type d'intervention subie : \_\_\_\_\_  
 a) chirurgie d'un jour : \_\_\_\_\_ autre chirurgie : \_\_\_\_\_  
 b) hospitalisation : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_  
 c) séjour en observation : nombre d'heures : \_\_\_\_\_

**3. SUIVI**

3.1 S'il vous plaît, veuillez indiquer la date de chacune des visites pour cette invalidité :

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

3.2 Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_  
 3.3 Référence à un autre médecin? non  oui  Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_  
 S'il vous plaît, joindre une copie de vos notes médicales et de tout résultat d'examen ou rapport de consultation en votre possession.

**4. PRONOSTIC**

4.1 Considérez-vous votre patient totalement incapable d'exercer son emploi actuel? non   
 oui  → du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclus.  
 4.2 Date prévue du retour au travail : \_\_\_\_\_

**5. IDENTITÉ DU MÉDECIN**

5.1 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 5.2 Adresse : \_\_\_\_\_  
 5.3 N° de licence : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Omnipraticien  Spécialiste  → Précisez : \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE, S'IL Y EN A, SONT ASSUMÉS PAR LE PATIENT**  
 MANION WILKINS & ASSOCIATES LTD • 500 - 21 FOUR SEASONS PLACE • ETOBICOKE (ONTARIO) M9B 0A5  
 Tél. : 1 800 663-7849 (SANS FRAIS) • 416 234-3513 • Télécopieur : 416 234-0127  
 acclaims@manionwilkins.com