

### 1. IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Nom		Prénom	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		N° de client à la CCQ	
Date de l'événement d'origine (AAAA-MM-JJ)	Date de la rechute, s'il y a lieu (AAAA-MM-JJ)	N° de dossier CNESST	

### 2. AUTORISATION

J'autorise la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) et la Commission de la construction du Québec (CCQ) à échanger les renseignements et les documents concernant les périodes et les montants d'indemnités versées par l'un ou l'autre des organismes, incluant les décisions, les données médicales et de réadaptation physique contenus dans mon dossier CNESST.

Je comprends que cette communication est nécessaire à l'évaluation de ma demande d'assurance invalidité et que l'information transmise à la CCQ ne pourra être utilisée qu'à cette fin.

À moins d'une révocation de ma part, la présente autorisation demeure en vigueur tant que durera le traitement de ma demande d'avances d'indemnités sans intérêt et de crédits d'heures et son suivi et tant que durera ma contestation auprès de la CNESST.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)

### 3. DÉCLARATION DU BÉNÉFICIAIRE

J'atteste avoir déposé une réclamation auprès de la CNESST.

Lorsque, à la suite d'un refus de ma réclamation, une décision de reconsidération ou une décision d'un palier d'appel accepte cette réclamation et me donne droit à une indemnité de remplacement du revenu :

J'autorise la CNESST, sur demande de la CCQ, de déduire de l'indemnité de remplacement de revenu qui me serait payable, les montants d'assurance salaire qui m'ont été versés par la CCQ; et j'autorise la CNESST à remettre les montants déduits à la CCQ.

Le montant remboursé doit correspondre à la somme réclamée par la CCQ dans la mesure où le montant de l'indemnité payable par la CNESST est égal ou supérieur. Ce remboursement est effectué en un seul versement et se fait jusqu'à concurrence de 100 % de l'indemnité de remplacement du revenu qui m'est payable rétroactivement. De plus, il faut que la période de versement d'indemnité de remplacement du revenu corresponde à la période où j'ai reçu cette assurance salaire.

Je m'engage à rembourser les avances d'indemnités qui ne seraient pas remboursées par la CNESST à la CCQ à la suite d'une décision rendue en ma faveur.

Je m'engage à transmettre à la CCQ une copie de la décision finale ou de toute entente de règlement.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
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 assurance invalidité  
Case postale 2515, succursale Chabanel  
Montréal (Québec) H2N 0C7

**Ou présentez-vous à votre bureau régional pour déposer vos documents.**

# AVANCES D'INDEMNITÉS SANS INTÉRÊT CNESST

## GUIDE DE L'ASSURÉ

**En plus de ce formulaire, vous devez vous procurer le formulaire suivant :**

- **Demande d'assurance salaire de courte durée et de crédits d'heures (11)**
  - Suivez toutes les étapes indiquées
  - Fournissez toutes les pièces justificatives demandées

**Comment remplir le formulaire *Avances d'indemnités sans intérêt CNESST***

### **Section 1 – Identification de l'assuré**

Tous les champs de cette section doivent être remplis pour faciliter votre identification

### **Section 2 – Autorisation**

Vous autorisez la CCQ et la CNESST à échanger des renseignements et documents concernant les périodes ainsi que les paiements effectués. Vous autorisez également la CCQ à obtenir les renseignements concernant votre dossier à la CNESST ainsi que sur la contestation.

- Lisez attentivement l'autorisation
- Signez et datez l'autorisation

### **Section 3 – Déclaration du bénéficiaire**

En signant la déclaration du bénéficiaire, vous vous engagez à nous rembourser les avances d'indemnités advenant une décision rendue en votre faveur par la CNESST.

**Les documents suivants doivent être envoyés à la CCQ avec votre demande :**

- Formulaire 11 *Demande d'assurance salaire de courte durée et de crédits d'heures* et toutes les pièces justificatives demandées
- Formulaire *Avances d'indemnités sans intérêt CNESST*
- Copie de la lettre de refus de réclamation de la CNESST pour cette invalidité
- Copie de votre lettre de contestation adressée à la CNESST

S'il y a lieu :

- Copie de la décision de la Direction générale de la révision administrative (DGRA)
- Copie de la lettre de contestation adressée au Tribunal administratif du travail (TAT)
- Copie de l'avis du TAT concernant votre date d'audience

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

Commission de la construction du Québec  
Section assurance invalidité  
Case postale 2515, succursale Chabanel  
Montréal (Québec) H2N 0C7

**Ou présentez-vous à votre bureau régional pour déposer vos documents.**