

IMPORTANT

VOUS DEVEZ REMPLIR INTÉGRALEMENT TOUTES LES SECTIONS SINON LE FORMULAIRE VOUS SERA RETOURNÉ ET LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE SERA RETARDÉ.

1. (Écrire en lettres moulées)		IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ																										
<p>NOM DE FAMILLE</p> <p>PRÉNOM(S)</p> <p>NUMÉRO, RUE, APPARTEMENT</p> <p>VILLE PROVINCE</p> <p>CODE POSTAL</p>	<p>N° DE CLIENT</p> <p>N° D'ASSURANCE SOCIALE</p> <p>DATE DE NAISSANCE</p> <p style="text-align: center;">Année Mois Jour</p> <p>N° DE TÉLÉPHONE (résidence)</p> <p>Ind. rég.</p> <p>N° DE TÉLÉPHONE (autre)</p> <p>Ind. rég.</p>																											
2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'INVALIDITÉ																												
<p>A) VOTRE INCAPACITÉ EST-ELLE TERMINÉE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, À QUELLE DATE? Année Mois Jour</p> <p>B) VOTRE CONDITION MÉDICALE S'EST-ELLE AMÉLIORÉE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>C) VOTRE CONDITION MÉDICALE S'EST-ELLE DÉTÉRIORÉE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>SI VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI » À 2B OU 2C, EXPLIQUEZ-NOUS LES CHANGEMENTS RELATIFS À VOTRE ÉTAT DE SANTÉ</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>D) AVEZ-VOUS TENTÉ DE REPRENDRE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • VOTRE TRAVAIL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON • UN AUTRE TRAVAIL OU DES ACTIVITÉS LUCRATIVES? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <p>SI OUI, POUR QUELLE(S) PÉRIODE(S)?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> <tr> <th>DU</th> <th>AU</th> <th>HEURES DE TRAVAIL PAR JOUR</th> <th>PAR SEMAINE</th> <th>TAUX HORAIRE</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Année Mois Jour</td> <td style="text-align: center;">Année Mois Jour</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Année Mois Jour</td> <td style="text-align: center;">Année Mois Jour</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>DESCRIPTION DÉTAILLÉE DU TRAVAIL OU DE(S) L'ACTIVITÉ(S) LUCRATIVE(S) EFFECTUÉ(ES) :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>E) SI NON, PRÉVOYEZ-VOUS REPRENDRE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • VOTRE TRAVAIL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON • UN AUTRE TRAVAIL OU DES ACTIVITÉS LUCRATIVES? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <p>NOUS TENONS À VOUS INFORMER QUE SI VOUS PRÉVOYEZ RETOURNER AU TRAVAIL OU SI VOUS TRAVAILLEZ DANS VOTRE MÉTIER OU TOUTE AUTRE OCCUPATION LUCRATIVE, QUE CE SOIT À TEMPS PLEIN OU À TEMPS PARTIEL, VOUS AVEZ L'OBLIGATION D'EN INFORMER IMMÉDIATEMENT LA COMMISSION.</p>											DU	AU	HEURES DE TRAVAIL PAR JOUR	PAR SEMAINE	TAUX HORAIRE		Année Mois Jour	Année Mois Jour	_____	_____	_____		Année Mois Jour	Année Mois Jour	_____	_____	_____	
DU	AU	HEURES DE TRAVAIL PAR JOUR	PAR SEMAINE	TAUX HORAIRE																								
Année Mois Jour	Année Mois Jour	_____	_____	_____																								
Année Mois Jour	Année Mois Jour	_____	_____	_____																								

3. RENSEIGNEMENTS SUR LES REVENUS ET LES PRESTATIONS

RECEVEZ-VOUS DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ OU DE RETRAITE OU AVEZ-VOUS DÉPOSÉ UNE DEMANDE OU AVEZ-VOUS L'INTENTION DE DÉPOSER UNE DEMANDE AUPRÈS DE :

		DATE DE LA DEMANDE	NUMÉRO DU DOSSIER OU DE LA DEMANDE	DEMANDE ACCEPTÉE	DEMANDE REFUSÉE	DEMANDE À L'ÉTUDE	EN APPEL DE LA DÉCISION
COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CNESST)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL OU LES MALADIES PROFESSIONNELLES D'UNE AUTRE PROVINCE OU D'UN ÉTAT ÉTRANGER (EX.: ÉTATS-UNIS)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOI SUR L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS (IVAC)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOI SUR L'ASSURANCE-EMPLOI (EMPLOI ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA) OU D'UNE LOI AU MÊME EFFET D'UN ÉTAT ÉTRANGER (EX.: ÉTATS-UNIS)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RETRAITE QUÉBEC	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME DE RETRAITE DE L'INDUSTRIE DE LA CONSTRUCTION	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRE RÉGIME COLLECTIF DE RETRAITE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour		<input type="checkbox"/>	<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	Année Mois Jour		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES REVENUS (EX.: EMPLOI, INDEMNITÉ DE CESSATION D'EMPLOI, CONGÉ DE MALADIE, ETC.)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRÉCISEZ: _____

SI VOUS AVEZ RÉPONDU «OUI» À L'UNE DE CES QUESTIONS, IL EST POSSIBLE QU'UNE RÉDUCTION DE LA PRESTATION (EN TENANT COMPTE DE VOS REVENUS) OU QU'UNE EXCLUSION SOIT APPLICABLE ET CE, CONFORMÉMENT AU RÈGLEMENT SUR LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES D'AVANTAGES SOCIAUX DANS L'INDUSTRIE DE LA CONSTRUCTION.

4. CERTIFICATION

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DE TOUS LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS À L'APPUI DE MA DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE ET/OU DE CRÉDITS D'HEURES ET/OU DE MAINTIEN D'ASSURANCE.

SIGNATURE DE L'ASSURÉ (OBLIGATOIRE)

DATE: Année Mois Jour

IMPORTANT

5. AUTORISATION

J'AUTORISE TOUTE PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE DONNANT DES SERVICES D'ORDRE MÉDICAL (MÉDECINS-HÔPITAUX), DE MÊME QUE LES COMPAGNIES D'ASSURANCES, BUREAU D'ENQUÊTE, EMPLOYEURS, LE BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, LA COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, LA SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, RETRAITE QUÉBEC ET EMPLOI ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA, 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 RELATIVEMENT À MA DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE ET/OU DE CRÉDITS D'HEURES ET/OU DE MAINTIEN D'ASSURANCE.

LES RENSEIGNEMENTS AINSI TRANSMIS À LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ) NE DOIVENT SERVIR QU'À L'ÉTUDE DE MA DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE ET/OU DE CRÉDITS D'HEURES ET/OU DE MAINTIEN D'ASSURANCE 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 DEMANDE

SIGNATURE DE L'ASSURÉ (OBLIGATOIRE)

DATE: Année Mois Jour

IMPORTANT

IMPORTANT

AVEZ-VOUS RÉPONDU À TOUTES LES QUESTIONS?
AVEZ-VOUS SIGNÉ ET DATÉ LES SECTIONS 4 ET 5?
SI NON, LE FORMULAIRE VOUS SERA RETOURNÉ.



Commission
de la construction
du Québec

DIRECTION AVANTAGES SOCIAUX
SECTION ASSURANCE INVALIDITÉ
CASE POSTALE 2515
SUCCURSALE YOUVILLE
MONTRÉAL (QUÉBEC)
H2P 0A7