



**SECTION 1 – Identification du patient** (à remplir par le MÉDECIN, en lettres moulées, svp.)

Nom de famille  Prénom  Date de naissance  | A | A | A | A | M | M | J | J

**SECTION 2 – Diagnostic**

Diagnostic de l'invalidité actuelle

A	Principal	<input type="text"/>
B	Secondaire	<input type="text"/>
C	Symptômes subjectifs	<input type="text"/>
D	Signes objectifs (y compris les résultats récents de radio, ECG, ou autres examens)	<input type="text"/>

**SECTION 3 – Référence**

Cette personne vous a-t-elle été référée par un autre médecin? OUI  NON  Si oui, à quelle date?  | A | A | A | A | M | M | J | J

Nom et spécialité du médecin référant:  | A | A | A | A | M | M | J | J

**SECTION 4 – Traitement**

Nature des traitements:

Médication prescrite et posologie:

Réponse au traitement:  Pronostic:  Date de la chirurgie  | A | A | A | A | M | M | J | J

Description de la chirurgie (s'il y a lieu):  | A | A | A | A | M | M | J | J

Avez-vous référé le patient à un autre médecin? NON  OUI  Si oui, date référé  | A | A | A | A | M | M | J | J

Nom et spécialité du médecin:

**SECTION 5 – Incapacité**

Depuis quelle date cette personne est-elle totalement invalide (incapable d'effectuer les tâches habituelles de sa fonction)?  | A | A | A | A | M | M | J | J

Quand pourra-t-elle reprendre son travail? Jamais  Indéterminé  ou  | A | A | A | A | M | M | J | J

Existe-t-il des limitations fonctionnelles? NON  OUI  Si oui, permanentes  temporaires

Veuillez les décrire:

**SECTION 6 – Espérance de vie réduite**

La condition médicale de cette personne réduit-elle son espérance de vie? OUI  NON

Si OUI, estimez-vous son espérance de vie à Moins de 2 ans  2 ans ou plus  **← IMPORTANT**

Motivez votre réponse:

**SECTION 7 – Identification du médecin**

Nom  Prénom

Numéro, rue  Ville  Province  Code postal

Téléphone

Omnipraticien  Spécialiste  Précisez:

Signature du médecin  Date  Numéro de permis  | A | A | A | A | M | M | J | J



**SECTION 1 – Identification du salarié** (à remplir par le SALARIÉ, en lettres moulées, svp.)

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Numéro, rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
 Numéro de client CCQ \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone de l'assuré \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_

**SECTION 2 – Renseignements relatifs à l'emploi** (sauf si demande pour espérance de vie réduite)

Travaillez-vous présentement? OUI  NON   
 Nom de votre dernier employeur \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone de l'employeur \_\_\_\_\_  
 Votre métier ou occupation \_\_\_\_\_ Dernier jour de présence au travail \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ A A A A M M J J  
 Veuillez énumérer et détailler chacune des tâches exercées et fournir le pourcentage (%) de temps consacré à chacune d'elles.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SECTION 3 – Renseignements relatifs à l'invalidité**

Premier jour d'invalidité \_\_\_\_\_ Votre invalidité est-elle terminée? OUI  NON  Si oui, à quelle date? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ A A A A M M J J \_\_\_\_\_  
 Expliquez les raisons pour lesquelles votre invalidité vous empêche actuellement de travailler.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SECTION 4 – Autres organismes**

Recevez-vous des prestations d'invalidité ou avez-vous déposé une demande auprès de:

	NON	OUI	ACCEPTÉE	REFUSÉE	À L'ÉTUDE	IMPORTANT
Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veuillez joindre une copie de la décision ou de l'avis d'acceptation de ces organismes, s'il y a lieu.
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Retraite Québec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre régime individuel ou collectif d'assurance-salaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**SECTION 5 – Autorisation du salarié**

Je certifie l'exactitude de tous les renseignements donnés à l'appui de ma demande de prestations pour espérance de vie réduite ou de prestations de retraite pour invalidité.

J'autorise toute personne physique ou morale donnant des services d'ordre médical (médecins, hôpitaux), de même que les compagnies d'assurances, employeurs, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Société de l'assurance automobile du Québec et Retraite Québec 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.

Les renseignements ainsi transmis à la Commission de la construction du Québec (CCQ) ne doivent servir qu'à l'étude de ma demande de prestations 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 ma demande.

Signature du salarié (obligatoire) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ A A A A M M J J



**Veuillez retourner ce formulaire à l'adresse ci-dessous (joindre les pièces justificatives s'il y a lieu) :**

Commission de la construction du Québec  
 Section Retraite et assurance vie  
 C. P. 2500, succ. Chabanel  
 Montréal (Québec) H2P 0A9