



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	
B	Secondaire	
C	Symptômes subjectifs	
D	Signes objectifs <small>(y compris les résultats récents de radio, ECG, ou autres examens)</small>	

SECTION 3 – Référence

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

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: _____

Description de la chirurgie (s'il y a lieu): _____ Date de la chirurgie

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 ou Numéro d'assurance sociale Numéro de téléphone de l'assuré

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

Veillez 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?

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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veillez 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Retraite Québec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre régime individuel ou collectif d'assurance-salaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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

