

**IMPORTANT**

**Vous devez remplir intégralement toutes les sections sinon le formulaire vous sera retourné et le traitement de votre demande sera retardé.**

## 1. IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

N° de client à la CCQ ou n° d'assurance sociale		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Nom		Prénom	
N°	Rue	N° d'appartement	
Ville	Province	Code postal	
Numéro de téléphone		Numéro de cellulaire	

## 2. RENSEIGNEMENTS SUR L'INVALIDITÉ

2.1 Votre incapacité est-elle terminée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, à quelle date? (AAAA-MM-JJ)	
2.2 Votre condition médicale s'est-elle améliorée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		2.3 Votre condition médicale s'est-elle détériorée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si vous avez répondu « oui » à 2.2 ou 2.3, expliquez-nous les changements relatifs à votre état de santé			
2.4 Avez-vous tenté de reprendre :		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	
Si oui, pour quelle(s) périodes(s)? Du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)		Heure de travail par jour	Heure de travail par semaine
			Taux horaire
Si oui, pour quelle(s) périodes(s)? Du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)		Heure de travail par jour	Heure de travail par semaine
			Taux horaire
Description détaillée du travail ou de(s) l'activité(s) lucrative(s) effectuée(s) :			
2.5 Si non, prévoyez-vous reprendre :		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	

**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.**

## 3. DÉTENTION

3.1 Depuis le début de votre invalidité, avez-vous été détenu à la suite d'une condamnation pour un acte criminel ou pénal ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, joignez une lettre de l'établissement confirmant la période de détention.
3.2 Êtes-vous en attente d'un jugement à la suite d'une accusation de nature criminelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

## 4. AUTRES REVENUS

4.1 Recevez-vous des prestations ou avez-vous présenté une demande auprès de :

4.1.1 RQ – Retraite Québec (rente d'invalidité ou de retraite)	<input type="checkbox"/> Oui <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> À l'étude <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Contestée
4.1.2 Tout autre assureur que MÉDIC Construction, que ce soit une assurance privée ou collective	<input type="checkbox"/> Oui <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> À l'étude <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Contestée
4.1.3 IVAC – Indemnisation des victimes d'actes criminels	<input type="checkbox"/> Oui <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> À l'étude <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Contestée
4.1.4 RQAP – Régime québécois d'assurance parentale	<input type="checkbox"/> Oui <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> À l'étude <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Contestée
4.1.5 Recevez-vous des indemnités pleines ou réduites de la CNESST ou de la SAAQ?	<input type="checkbox"/> Oui <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> À l'étude <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Contestée
4.1.6 RPC – Régime de pensions du Canada (rente de retraite)	<input type="checkbox"/> Oui <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> À l'étude <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Contestée
4.1.7 Avez-vous des revenus d'entreprise, que ce soit en construction ou dans tout autre domaine ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

<sup>1</sup> Si vous avez répondu « Oui », veuillez inclure une copie de :

4.1.1 RQ – Retraite Québec : Avis d'acceptation indiquant le montant du premier paiement (montant initial) ou lettre de refus. Si vous ne l'avez plus, demandez-le à RQ.

4.1.2 Autre assureur que MÉDIC Construction : Lettre de confirmation des montants de prestations versées, lettre de refus ou lettre confirmant une demande à l'étude.

4.1.3 IVAC – Indemnisation des victimes d'actes criminels : Relevé de paiement ou lettre de refus.

4.1.4 RQAP – Régime québécois d'assurance parentale : Décision et état de calcul.

4.1.5 CNESST ou SAAQ – Joignez une copie d'un relevé de paiement.

4.1.6 RPC – Régime de pensions du Canada : Relevé de paiement

Veuillez prendre note que si vous êtes retraité, les revenus provenant de votre rente de retraite de l'industrie de la construction peuvent également affecter le montant de votre indemnité d'assurance salaire. Vous n'avez pas à les inscrire puisque nous avons déjà ces renseignements à votre dossier.

## 5. 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

Date (AAAA-MM-JJ)

## 6. AUTORISATION

**IMPORTANT** : Lisez attentivement l'autorisation ci-dessous, inscrivez vos prénom et nom en lettres moulées, et signez et datez à l'endroit indiqué.

Pour que la Commission de la construction du Québec (CCQ) dispose de tous les renseignements nécessaires à l'étude de ma demande d'assurance salaire et de crédits d'heures,

je (prénom et nom en lettres moulées), \_\_\_\_\_,

autorise tout médecin, professionnel de la santé et établissement de santé ou de services sociaux, Retraite Québec, le Régime de pensions du Canada, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), mes employeurs ainsi que les administrateurs de régimes d'assurance invalidité à communiquer à la CCQ les renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs me concernant nécessaires au traitement de ma demande d'assurance salaire et de crédits d'heures.

J'autorise aussi Service Canada, institution fédérale qui fait partie d'Emploi et Développement social Canada (EDSC), à fournir à la CCQ tous les renseignements relatifs à mes demandes d'assurance-emploi nécessaires au règlement de ma demande d'assurance salaire et de crédits d'heures.

Les renseignements ainsi transmis ne serviront qu'au traitement de ma demande d'assurance salaire et de crédits d'heures, et seront accessibles aux seules personnes pour qui ces renseignements sont nécessaires dans l'exercice de leur fonction ou mandat. Toutefois, ils pourront être divulgués à d'autres personnes si la loi l'exige ou l'autorise.

À moins d'une révocation de ma part, la présente autorisation demeure en vigueur tant que durera le traitement de ma demande d'assurance salaire et de crédits d'heures et son suivi.

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

**Veuillez retourner ce formulaire dûment rempli, signé et daté 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