

## 1. IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

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

## 2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX BLESSURES

Description de l'accident	
2.1 Date de l'accident (AAAA-MM-JJ)	Heure _____ AM _____ PM
2.2 Quel est le type d'accident? <input type="checkbox"/> Accident de travail <input type="checkbox"/> Accident de la route <input type="checkbox"/> Accident personnel <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	
2.3 Lieu de l'accident	
2.4 Veuillez préciser la manière dont l'accident est survenu.	
Description des blessures	
2.5 Veuillez inscrire une brève description de vos blessures	
2.6 Avez-vous subi une intervention chirurgicale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, précisez la nature de l'intervention.	Si oui, précisez la date de l'intervention (AAAA-MM-JJ).
Renseignements supplémentaires	

## 3. CERTIFICATION

Je certifie l'exactitude de tous les renseignements donnés à l'appui de ma demande de prestation pour mutilation accidentelle.

Signature	Date (AAAA-MM-JJ)
-----------	-------------------

## 4. AUTORISATION

Pour que la Commission de la construction du Québec (CCQ) ou son mandataire, Desjardins Sécurité financière (DSF), dispose de tous les renseignements nécessaires à l'étude de ma demande de prestation pour mutilation accidentelle, j'autorise tout médecin, professionnel de la santé et établissement de santé ou de services sociaux, Retraite Québec, 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), la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), mes employeurs ainsi que les administrateurs de régimes d'assurance invalidité à communiquer à la CCQ ou à DSF les renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs nécessaires au traitement de ma demande de prestation pour mutilation accidentelle. Les renseignements ainsi transmis ne serviront qu'au traitement de ma demande de prestation pour mutilation accidentelle et seront accessibles aux seules personnes pour qui ces renseignements sont nécessaires dans l'exercice de leur fonction ou de leur mandat. Toutefois, ils pourront être divulgués à d'autres personnes si la loi l'exige ou si je l'autorise expressément. À moins d'une révocation de ma part, la présente autorisation demeure en vigueur tant que durera le traitement de ma demande de prestation pour mutilation accidentelle.

Signature	Date (AAAA-MM-JJ)
-----------	-------------------

**Veuillez retourner ce formulaire à l'adresse suivante :**

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

### 1. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
-----	--------	--------------------------------

### 2. RENSEIGNEMENTS SUR LA MUTILATION OU LA PERTE DE L'USAGE

2.1 Date de l'accident (AAAA-MM-JJ)	2.2 La perte totale et définitive est-elle survenue dans les 365 jours qui ont suivi l'accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
2.3 S'il y a perte d'usage, est-elle totale et définitive ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
2.4 S'agit-il : <input type="checkbox"/> d'un accident de travail ? <input type="checkbox"/> d'un accident de la route ? <input type="checkbox"/> d'un accident personnel ? <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____					
2.5 Description de la perte					
2.6 S'il y a mutilation ou perte de l'usage, indiquez le niveau de l'amputation ou le pourcentage de perte d'usage.			Date (AAAA-MM-JJ)		
2.7 La perte de l'usage est-elle le résultat direct de l'accident et indépendamment de toute autre cause ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Si non, veuillez expliquer :					
2.8 Perte de la vue lors du dernier examen, en date du (AAAA-MM-JJ)					
a) Acuité visuelle		b) Acuité avec verres		c) La vision peut être entièrement ou partiellement corrigée par :	
Œil gauche	Œil droit	Œil gauche	Œil droit	Œil gauche	Œil droit
				<input type="checkbox"/> Verres <input type="checkbox"/> Traitement(s)	<input type="checkbox"/> Verres <input type="checkbox"/> Traitement(s)
				<input type="checkbox"/> Opération <input type="checkbox"/> Aucun moyen	<input type="checkbox"/> Opération <input type="checkbox"/> Aucun moyen
2.9 Autres médecins traitants					
Nom		Adresse		Date (AAAA-MM-JJ)	
Nom		Adresse		Date (AAAA-MM-JJ)	
2.10 Hôpitaux ayant traité l'assuré					
Nom		Adresse		Date (AAAA-MM-JJ)	
Nom		Adresse		Date (AAAA-MM-JJ)	
Commentaires :					

### 3. ATTESTATION DU MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)			Prénom (en caractères d'imprimerie)		
<input type="checkbox"/> Omnipraticien <input type="checkbox"/> Spécialiste Précisez : _____				N° de permis	
Adresse complète				Tampon encreur	
N° de téléphone		N° de télécopieur			
Signature du médecin				Date (AAAA-MM-JJ)	