AVANTAGES SOCIAUX
MÉDIC CONSTRUCTION

DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE ET DE CRÉDITS D'HEURES

GUIDE DE L'ASSURÉ

11

Le présent guide est conçu pour vous aider dans le processus de demande d'assurance salaire de courte durée et de crédits d'heures et pour répondre aux questions que vous pourriez vous poser relativement à votre demande. Chaque situation étant particulière, nous traitons les dossiers individuellement et nous vous aiderons par tous les moyens à notre disposition. Pour en savoir plus sur les protections offertes, consultez le dépliant *Les protections d'assurance salaire, les crédits d'heures et le maintien d'assurance.*

A. VOUS UTILISEZ LE BON FORMULAIRE SI :

Vous êtes présentement en invalidité à la suite :

- d'une maladie ou d'un accident personnel;
- d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle **refusé** par la CNESST;
- d'un accident de la route ou d'un accident impliquant un véhicule moteur **refusé** ou **non couvert** par la SAAQ;
- d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle et que vous n'êtes pas visé par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (employeurs en invalidité seulement);
- d'un acte criminel et vous recevez des prestations de l'IVAC;
- d'une grossesse et vous ne recevez pas de prestations du RQAP ou de la CNESST.

Si vous contestez un refus de la CNESST ou de la SAAQ de vous indemniser pour cette invalidité, ou si votre demande est à l'étude, vous pourriez bénéficier d'avances d'indemnités à certaines conditions. Pour ce faire, vous devez également fournir les autres documents indiqués dans l'aide-mémoire à la section « Avances d'indemnités ».

B. ÉTAPES À SUIVRE

1. Déposez une demande de prestations de maladie de l'assurance-emploi et ce, même si vous n'y êtes pas admissible. Attendez la réponse de Service Canada avant de formuler votre demande auprès de MÉDIC Construction car vous devez joindre les pièces justificatives d'assurance-emploi. (Voir bloc C) – *(Si vous êtes un employeur non visé par la Loi sur l'assurance-emploi, vous n'avez pas à déposer de demande d'assurance-emploi).*
2. Remplissez la Déclaration de l'assuré de MÉDIC Construction (Voir bloc D).
3. Faites remplir la Déclaration du médecin traitant de MÉDIC Construction (Voir bloc D).
4. Assurez-vous de joindre tous les documents demandés dans l'aide-mémoire et transmettez-nous votre demande (Voir bloc H).

C. LE RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE-EMPLOI

Si vous êtes un employeur non visé par la Loi sur l'assurance-emploi, vous n'avez pas à déposer de demande d'assurance-emploi.

Le régime public d'assurance-emploi, administré par Emploi et Développement Social Canada, est le premier payeur en cas d'invalidité.

Avant d'être admissible aux indemnités du régime d'assurance salaire de MÉDIC Construction, vous devez épuiser toutes les prestations de maladie de l'assurance-emploi auxquelles vous pourriez avoir droit.

Cas 1 : Vous croyez ne pas être admissible à l'assurance-emploi car vous n'avez pas assez travaillé ?

- Vous devez tout de même déposer une demande de prestations de maladie de l'assurance-emploi, car nous devons obtenir la preuve de votre inadmissibilité.

Cas 2 : Vous avez travaillé suffisamment d'heures pour être admissible à l'assurance-emploi et vous n'avez pas déposé de demande de prestations régulières durant la dernière année ?

- Vous devez déposer une demande de prestations de maladie de l'assurance-emploi.

Cas 3 : Vous avez déposé une demande de prestations régulières de l'assurance-emploi durant la dernière année ?

- Vous devez en demander la réactivation pour obtenir des prestations de maladie de l'assurance-emploi sur cette demande, et ce, même si vos prestations régulières sont épuisées.

De plus, en réactivant votre dossier, vous pourriez avoir droit à une deuxième demande de prestations de maladie de l'assurance-emploi si vous avez travaillé suffisamment d'heures depuis le début de votre première demande. Si vous êtes dans cette situation :

- Vous devez déposer une deuxième demande de prestations de maladie de l'assurance-emploi après votre première demande si vous êtes toujours en invalidité.

Ce document est disponible en média adapté sur demande.

C. LE RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE-EMPLOI (suite)

Comment déposer une demande de prestations de maladie de l'assurance-emploi et obtenir les pièces justificatives

1. Rendez-vous à Canada.ca et déposez votre demande de prestations de maladie de l'assurance-emploi en ligne. Assurez-vous d'inscrire la date de début de votre invalidité.
2. Suite à la réception de votre code d'accès de Service Canada, allez à Canada.ca et inscrivez-vous à « Mon dossier Service Canada ».
3. Lorsque votre demande de prestations de maladie de l'assurance-emploi aura été traitée, c'est-à-dire lorsque vous aurez reçu au moins un paiement ou une lettre de refus, joignez les pièces justificatives selon votre situation, comme suit :

Votre situation	Ce que vous devez faire
Si votre demande d'assurance-emploi est à l'étude	Attendez de recevoir une réponse de Service Canada car vous devez joindre toutes les pièces justificatives d'assurance-emploi nécessaires au traitement de votre demande d'assurance salaire. À défaut de suivre cette indication, des délais supplémentaires sont à prévoir.
Si votre demande d'assurance-emploi est acceptée	Accédez à « Mon dossier Service Canada », sélectionnez le sujet « Assurance-emploi » À partir de la section « Vos demandes », imprimez les deux documents suivants et les joindre à votre demande : • **Ma dernière demande** (Pour y accéder, cliquez sur « Dernière demande ») • **Mes paiements** (Pour y accéder, cliquez sur « Renseignements de paiements »)
Si vous avez reçu des prestations de maladie de l'assurance-emploi pour deux demandes consécutives	Accédez à « Mon dossier Service Canada », sélectionnez le sujet « Assurance-emploi » À partir de la section « Vos demandes », imprimez les deux documents suivants et les joindre à votre demande : • **Ma dernière demande** (Pour y accéder, cliquez sur « Dernière demande ») • **Mes paiements** (Pour y accéder, cliquez sur « Renseignements de paiements ») À partir de la section « Demandes antérieures », imprimez le document suivant et le joindre à votre demande : • **Détails de ma demande antérieure** (Pour y accéder, cliquez sur « Demandes antérieures ». Affichez vos paiements demande antérieure.)
Si votre demande d'assurance-emploi a été refusée	Joignez à votre demande : • **Une copie de la lettre de refus** que vous avez reçue ou que recevrez par la poste.
Si une première demande d'assurance-emploi a été acceptée et une deuxième refusée	Accédez à « Mon dossier Service Canada », sélectionnez le sujet « Assurance-emploi » À partir de la section « Demandes antérieures », imprimez le document suivant et joignez-le à votre demande : • **Détails de ma demande antérieure** (Pour y accéder, cliquez sur « Demandes antérieures ». Affichez vos paiements demande antérieure.) (première demande) De plus, joignez à votre demande : • **Une copie de la lettre de refus** que vous avez reçue ou que vous recevrez par la poste (deuxième demande)

Assurez-vous que le logo officiel du Gouvernement du Canada ou de Service Canada ainsi que votre nom apparaissent sur chaque document et inscrivez-y votre numéro de client CCQ ou votre NAS. Notez que les autres documents disponibles sur « Mon Dossier Service Canada » ne remplacent pas ceux demandés ci-dessus.

Pour obtenir de l'aide en lien avec votre demande d'assurance-emploi, consultez Canada.ca ou communiquez avec le service à la clientèle de Service Canada au 1 800 808-6352 ou présentez-vous à un Centre Service Canada.

D. DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE ET CRÉDITS D'HEURES

Lorsque le premier paiement d'assurance-emploi aura été reçu ou qu'une décision de refus aura été émise par Service Canada, vous devez remplir la *Déclaration de l'assuré* de MÉDIC Construction et faire remplir la *Déclaration du médecin traitant* de MÉDIC Construction.

Déclaration de l'assuré de MÉDIC Construction

Il est important de répondre à toutes les questions de la *Déclaration de l'assuré* de MÉDIC Construction. Si des renseignements sont manquants, cela pourrait occasionner des délais dans le traitement de votre demande d'assurance salaire. Si l'espace est insuffisant, vous pouvez utiliser une feuille supplémentaire en inscrivant vos nom et numéro de client. Voici quelques éléments à ne pas oublier :

Section 1 – Identification de l'assuré : Tous les champs de cette section doivent être remplis afin de faciliter votre identification.

Section 2 – Renseignements sur l'assurance-emploi : Les questions servent à établir les périodes au cours desquelles vous êtes admissible à des prestations d'assurance-emploi et ainsi déterminer à partir de quel moment les prestations d'assurance salaire pourraient vous être versées. N'oubliez pas de fournir les pièces justificatives.
Si vous êtes un employeur non visé par la Loi sur l'assurance-emploi, vous n'avez pas à remplir cette section.

D. DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE ET CRÉDITS D'HEURES (suite)

Section 3 – Renseignements sur l'invalidité : Si votre invalidité résulte d'un accident, indiquez clairement les circonstances (accident de travail, de véhicule moteur ou autre), la date et l'heure, le lieu et la description détaillée de l'événement.

Section 4 – Renseignements sur l'emploi : Inscrivez le dernier jour de votre présence au travail ainsi que le dernier jour payé, car ils peuvent être différents.

Section 5 – Autres revenus : Les revenus que vous recevez d'autres sources peuvent affecter le montant de l'indemnité d'assurance salaire que vous pourriez recevoir.

Vous devez cocher « oui » ou « non » à chacune des questions et, s'il y a lieu, joignez une copie de :

- RQ – Retraite Québec : Avis d'acceptation indiquant le montant du premier paiement (montant initial) ou lettre de refus. Si vous n'avez plus cet avis, demandez-le à Retraite Québec.
- Autre assureur que MÉDIC Construction : Lettre de confirmation des montants de prestations versées, lettre de refus ou lettre confirmant une demande à l'étude.
- IVAC – Indemnisation des victimes d'actes criminels : Relevé de paiement ou lettre de refus
- RPC – Régime de pensions du Canada : Relevé de paiement
- RQAP – Régime québécois d'assurance parentale : Décision et état de calcul
- CNESST ou SAAQ : 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.

Section 6 – Détention : Si vous êtes dans cette situation, joignez une lettre de l'établissement confirmant la période de détention.

Section 7 – Certification : **Apposez votre signature et indiquez la date**. Vous certifiez ainsi l'exactitude des renseignements fournis.

Section 8 – Autorisation : **Inscrivez vos nom et prénom à l'endroit indiqué, apposez votre signature et indiquez la date**. Vous nous autorisez ainsi à obtenir les renseignements supplémentaires nécessaires à l'étude de votre demande de prestations d'assurance salaire et de crédits d'heures.

Déclaration du médecin traitant de MÉDIC Construction

La *Déclaration du médecin traitant* de MÉDIC Construction doit être remplie, signée et datée par votre médecin de famille ou par le médecin qui vous traite actuellement. Vous ne devez pas répondre vous-même aux questions de ce formulaire.

Si vous êtes assuré, les frais encourus pour faire remplir ce formulaire sont en partie remboursables. Il suffit d'agrafer votre reçu original au formulaire 11 *Demande d'assurance salaire de courte durée et de crédits d'heures*.

E. DÉLAI POUR DÉPOSER UNE DEMANDE

Vous ne pouvez exiger des prestations d'assurance salaire pour une période de plus de 30 jours avant la date pour laquelle vous soumettez votre demande à la CCQ.

Votre demande doit être transmise à la CCQ au plus tard 12 mois après le début de votre invalidité.

F. DEMANDE DE CRÉDITS D'HEURES

Si vous êtes incapable de travailler, des heures peuvent être créditées à votre dossier, à certaines conditions. Ces crédits d'heures s'ajoutent aux heures travaillées afin de vous permettre de demeurer assuré. Cependant, aucun crédit d'heures n'est enregistré dans votre régime de retraite.

Si votre demande d'assurance salaire est acceptée, vous recevrez automatiquement des crédits d'heures. Vous n'avez donc pas à fournir le formulaire 15 *Demande de crédits d'heures.*

G. DÉPÔT DIRECT

En adhérant au service de dépôt direct, les paiements suivants seront versés automatiquement dans votre compte bancaire :

- Assurance salaire;
- Congés payés;
- Remboursements de réclamations d'assurance maladie et dentaire;
- Rentes mensuelles de retraite;
- Prestations forfaitaires de retraite.

Pour vous inscrire, accédez à votre dossier dans les services en ligne de la CCQ, au sel.ccq.org, dans la section « Dépôt direct ».

H. AIDE-MÉMOIRE

Une fois la décision rendue par Service Canada quant à votre demande de prestations d'assurance-emploi, les documents suivants doivent être envoyés à la CCQ avec votre demande d'assurance salaire MÉDIC Construction :

- ☐ La *Déclaration de l'assuré* de MÉDIC Construction
- ☐ La *Déclaration du médecin traitant* de MÉDIC Construction
- ☐ Les pièces justificatives de votre demande d'assurance-emploi, selon votre situation :
  - Ma dernière demande
  - Mes paiements
  - Détails de ma demande antérieure
  - Copie de la lettre de refus
- ☐ Le billet médical du médecin vu au début de l'invalidité (si le médecin n'est pas le même que celui qui a rempli le formulaire)

Si applicable, faites parvenir une copie des documents suivants :

- ☐ Copie de la lettre de refus de réclamation de la CNESST ou la SAAQ pour cette invalidité
- ☐ Avis d'acceptation ou relevé de paiement ou lettre d'acceptation si vous recevez d'autres revenus prévus à la section 5 ou une lettre de refus
- ☐ Talon de paie si vous avez travaillé depuis le début de votre invalidité
- ☐ Reçu des frais encourus pour faire remplir la *Déclaration du médecin traitant* de MÉDIC Construction
- ☐ Lettre de confirmation de la période de détention

Inscrivez votre numéro de client CCQ ou votre NAS sur chaque document.

Avances d'indemnités

Si vous contestez un refus de la CNESST ou de la SAAQ de vous indemniser pour cette invalidité, ou si votre demande est à l'étude, vous pourriez bénéficier d'avances d'indemnités à certaines conditions. Pour ce faire, vous devez également fournir les documents suivants, que vous pouvez obtenir au ccq.org, dans la section « Formulaires » :

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) :

- ☐ Formulaire *Avances d'indemnités sans intérêt CNESST*
- ☐ Copie de la lettre de refus de réclamation de la CNESST pour cette invalidité
- ☐ Copie de votre lettre de contestation adressée à la CNESST

S'il y a lieu :

- ☐ Copie de la décision de la Direction générale de la révision administrative (DGRA)
- ☐ Copie de la lettre de contestation adressée au Tribunal administratif du travail (TAT)
- ☐ Copie de l'avis du TAT concernant votre date d'audience

Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) :

- ☐ Formulaire *Avances d'indemnités sans intérêt SAAQ*
- ☐ Copie de la lettre de refus de la SAAQ pour cette invalidité
- ☐ Copie de votre lettre de contestation adressée à la SAAQ

S'il y a lieu :

- ☐ Copie de la lettre de la SAAQ concernant une demande à l'étude
- ☐ Copie de la décision rendue par le réviseur de la SAAQ
- ☐ Copie de votre lettre de contestation adressée au réviseur de la SAAQ
- ☐ Copie de l'avis du Tribunal administratif du Québec (TAQ) concernant votre date d'audience

Postez le tout à l'adresse suivante :
Commission de la construction du Québec
Section assurance invalidité
Case postale 2515, succursale Chabanel
Montréal (Québec) H2N 0C7

Ou présentez-vous à votre bureau régional pour déposer vos documents.

I. POUR OBTENIR PLUS DE RENSEIGNEMENTS

- Par Internet : **ccq.org**
- Par téléphone – Service à la clientèle de la CCQ : **1 888 842-8282**
- Ligne téléphonique dédiée aux employeurs : **1 877 973-5383**

Imprimer

AVANTAGES SOCIAUX
MÉDIC CONSTRUCTION

DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE ET DE CRÉDITS D'HEURES

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

11

Si vous avez déposé une demande à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) ou à la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) et qu'elle a été acceptée, vous n'avez pas à remplir ce formulaire.

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
N° de téléphone (jour)		N° de cellulaire	

IMPORTANT

- Vous devez déposer une demande de prestations de maladie de l'assurance-emploi avant de soumettre une demande d'assurance salaire auprès de MÉDIC Construction, sauf si vous êtes un employeur non visé par la Loi sur l'assurance-emploi.
- Vous devez attendre de recevoir une réponse de Service Canada afin de fournir toutes les pièces justificatives nécessaires au traitement complet de votre demande d'assurance salaire. À défaut de suivre cette indication, des délais supplémentaires sont à prévoir.
- Suivez les indications dans le Guide de l'assuré au bloc C - Le régime public d'assurance-emploi.

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE-EMPLOI

2.1 Êtes-vous ou avez-vous été admissible à des prestations de maladie de l'assurance-emploi durant votre invalidité ?	☐ Oui ☐ Non	***Joignez les pièces justificatives de l'assurance-emploi. Suivez le Guide de l'assuré (bloc C).***	
2.2 Veuillez indiquer si les affirmations suivantes s'appliquent à votre demande d'assurance-emploi :			
2.2.1 J'ai fait un séjour hors Canada (ex. : vacances), et mes prestations d'assurance-emploi ont été suspendues pendant cette période.	☐ Oui ☐ Non	Si oui, indiquez la période (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) :	
2.2.2 J'ai déclaré des revenus qui m'ont empêché de recevoir des prestations d'assurance-emploi.	☐ Oui ☐ Non	Si oui, indiquez la période où vous n'avez pas reçu de prestations d'assurance-emploi (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : Précisez la nature des revenus :	
2.2.3 J'ai déposé ma demande en retard et mes prestations d'assurance-emploi ont débuté après le début de mon invalidité.	☐ Oui ☐ Non	Si oui, indiquez la date de début des prestations (AAAA-MM-JJ) :	
2.2.4 J'ai reçu le maximum payable en prestations de maladie de l'assurance-emploi.	☐ Oui. Indiquez la date de fin des prestations (AAAA-MM-JJ) :		☐ Non, je reçois toujours des prestations d'assurance-emploi.

Note : Les réponses aux questions ci-dessus ne remplacent pas les pièces justificatives demandées.

Ce document est disponible en média adapté sur demande.

IDENTIFICATION

N° de client à la CCQ ou n° d'assurance sociale

3. RENSEIGNEMENTS SUR L'INVALIDITÉ

3.1 Quel est votre premier jour d'invalidité (AAAA-MM-JJ) ?

3.2 Avez-vous été hospitalisé ? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, indiquez les éléments suivants :	Date d'admission (AAAA-MM-JJ)	Date du congé de l'hôpital (AAAA-MM-JJ)	Nom de l'établissement

3.3 Expliquez les raisons pour lesquelles votre invalidité vous empêche actuellement de travailler.

3.4 Quelle est la date prévue de retour au travail (AAAA-MM-JJ) ?	☐ Ne sais pas

Cause de l'invalidité

3.5 L'invalidité est-elle due à un accident ? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, indiquez les éléments suivants :	Date (AAAA-MM-JJ)	Heure	☐ AM ☐ PM

3.6 Quel est le type d'accident ? ☐ Accident de travail ☐ Accident de la route ☐ Accident personnel

3.7 Lieu de l'accident :

3.8 Veuillez préciser la manière dont l'accident est survenu.

3.9 L'invalidité est-elle due à une grossesse ? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, indiquez la date prévue de l'accouchement (AAAA-MM-JJ) :	Si oui, passez à la question 4.

3.10 S'il s'agit d'un accident de travail, d'une maladie professionnelle ou d'un accident de la route, quelle est la décision rendue par la CNESST ou la SAAQ ?

☐ Ma demande a été acceptée.* ☐ Ma demande a été refusée et je n'ai pas contesté.** ☐ Ma demande a été refusée et je suis présentement en contestation.***

☐ Ma demande est à l'étude.***

* Si vous avez déposé une demande à la CNESST ou à la SAAQ et qu'elle a été acceptée, vous n'avez pas à remplir ce formulaire.
** Joignez une copie de la lettre de refus.
*** Si vous contestez un refus ou si votre demande est à l'étude, vous devez déposer une demande d'avances d'indemnités. Pour ce faire, vous devez également fournir les autres documents demandés dans le Guide de l'assuré au bloc H - Aide-mémoire.

4. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

4.1 Quel est votre métier ou occupation ?

4.2 Quel est votre dernier jour travaillé (AAAA-MM-JJ) ?	4.3 Quel est le dernier jour payé (AAAA-MM-JJ) ?

4.4 Êtes-vous... ☐ Un travailleur (Remplissez la section 4A) ☐ Un employeur (Remplissez la section 4B)
☐ Un représentant syndical ou employé d'une association patronale ou syndicale (Remplissez la section 4A)

4A. TRAVAILLEUR OU REPRÉSENTANT SYNDICAL OU EMPLOYÉ D'UNE ASSOCIATION PATRONALE OU SYNDICALE EN INVALIDITÉ

4.5 Quel est le nom de votre dernier employeur ?	4.6 Quel est le numéro de téléphone de votre dernier employeur ?

4.7 Avez-vous travaillé, que ce soit en construction ou dans tout autre domaine, depuis le début de votre invalidité ? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, joignez une copie du talon de paie, s'il y a lieu.

Si oui, précisez :

4B. EMPLOYEUR EN INVALIDITÉ

4.8 Vous êtes-vous versé un salaire, depuis le début de votre invalidité ? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, joignez une copie du talon de paie, s'il y a lieu.

4.9 Réalisez-vous des tâches au sein de votre entreprise depuis le début de votre invalidité ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

IDENTIFICATION

N° de client à la CCQ ou n° d'assurance sociale

5. AUTRES REVENUS

IMPORTANT – Vous devez remplir adéquatement cette section et fournir les documents demandés, s'il y a lieu, afin d'éviter des délais supplémentaires. Si la section n'est pas remplie adéquatement, le formulaire vous sera retourné et la demande ne sera pas traitée. Veuillez prendre note que les revenus que vous recevez d'autres sources peuvent affecter le montant de l'indemnité d'assurance salaire que vous pourriez recevoir.

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

5.1.1 RQ – Retraite Québec (rente d'invalidité ou de retraite)	☐ Oui[1] ☐ Non	Si oui : ☐ À l'étude ☐ Acceptée ☐ Refusée **Joignez la pièce justificative**	En cas de refus, avez-vous contesté ? ☐ Oui ☐ Non
5.1.2 Tout autre assureur que MÉDIC Construction, que ce soit une assurance privée ou collective	☐ Oui[1] ☐ Non Si oui, nom de l'assureur	Si oui : ☐ À l'étude ☐ Acceptée ☐ Refusée **Joignez la pièce justificative**	En cas de refus, avez-vous contesté ? ☐ Oui ☐ Non
5.1.3 IVAC – Indemnisation des victimes d'actes criminels	☐ Oui[1] ☐ Non	Si oui : ☐ À l'étude ☐ Acceptée ☐ Refusée **Joignez la pièce justificative**	En cas de refus, avez-vous contesté ? ☐ Oui ☐ Non
5.1.4 RPC – Régime de pensions du Canada (rente de retraite)	☐ Oui[1] ☐ Non	Si oui : ☐ À l'étude ☐ Acceptée ☐ Refusée **Joignez la pièce justificative**	En cas de refus, avez-vous contesté ? ☐ Oui ☐ Non
5.1.5 RQAP – Régime québécois d'assurance parentale	☐ Oui[1] ☐ Non	Si oui : ☐ À l'étude ☐ Acceptée ☐ Refusée **Joignez la pièce justificative**	En cas de refus, avez-vous contesté ? ☐ Oui ☐ Non

[1] Si vous avez répondu « Oui », veuillez inclure une copie de :

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

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

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

5.1.4 RPC – Régime de pensions du Canada : Relevé de paiement.

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

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.

5.2 Recevez-vous des indemnités pleines ou réduites de la CNESST ou de la SAAQ, que ce soit pour cette invalidité ou pour toute autre invalidité précédente ?	☐ Oui ☐ Non	Si oui : ☐ CNESST ☐ SAAQ **Joignez une copie d'un relevé de paiement.**
5.3 Avez-vous des revenus d'entreprise, que ce soit en construction ou dans tout autre domaine ?	☐ Oui ☐ Non	

6. DÉTENTION

6.1 Depuis le début de votre invalidité, avez-vous été détenu à la suite d'une condamnation pour un acte criminel ou pénal ? ☐ Oui ☐ Non	**Si oui, joignez une lettre de l'établissement confirmant la période de détention.**

6.2 Êtes-vous en attente d'un jugement à la suite d'une accusation de nature criminelle ? ☐ Oui ☐ Non

IDENTIFICATION

Nom	Prénom	N° de client à la CCQ ou n° d'assurance sociale

7. CERTIFICATION

Je certifie l'exactitude de tous les renseignements donnés à l'appui de ma demande d'assurance salaire et de crédits d'heures.

Signature _____ Date (AAAA-MM-JJ) _____

8. AUTORISATION

IMPORTANT

– Lisez attentivement l'autorisation ci-dessous
– Inscrivez vos prénom et nom en lettres moulées à l'endroit indiqué
– Signez et datez

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), 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 les renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs 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.

De plus, j'autorise la CCQ ou toute personne agissant pour son compte à échanger avec mon médecin traitant ou toute personne ou corporation participant ou assurant un suivi de mes traitements tous les renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs nécessaires au traitement de la présente demande.

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 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 d'assurance salaire et de crédits d'heures et son suivi.

Signature _____ Date (AAAA-MM-JJ) _____

Assurez-vous de joindre toutes les pièces justificatives. Voir le Guide de l'assuré au bloc H - Aide-mémoire.

Veuillez retourner ce formulaire ainsi que les pièces justificatives à cette adresse :
Commission de la construction du Québec
Section assurance invalidité
Case postale 2515, succursale Chabanel
Montréal (Québec) H2N 0C7

Ou présentez-vous à votre bureau régional pour déposer vos documents.

Imprimer

AVANTAGES SOCIAUX
MÉDIC CONSTRUCTION

DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE ET DE CRÉDITS D'HEURES

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

11

1. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom	Prénom
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	N° de client à la CCQ

2. DIAGNOSTIC ET CIRCONSTANCES

2.1 Diagnostic principal

2.2 Diagnostic secondaire ou complications

2.3 Symptômes actuels

2.4 Éléments objectifs de l'examen physique | Poids ou IMC

2.5 Veuillez décrire les constatations à l'examen mental s'il y a lieu :

2.6 Pour une grossesse, indiquez la date de l'accouchement (ou date prévue) (AAAA-MM-JJ) :

2.7 L'incapacité est causée par : ☐ Un accident de travail ☐ Un accident de véhicule moteur ☐ Un accident personnel ☐ Une maladie professionnelle ☐ Une maladie personnelle

2.8 Date d'apparition des symptômes ou date de l'accident (AAAA-MM-JJ)

2.9 Le patient a-t-il déjà été traité pour la même incapacité ou pour une incapacité semblable ? ☐ Oui ☐ Non | Si oui, précisez la date (AAAA-MM-JJ) :

Précisez :

3. CONSULTATIONS

3.1 Date de la première consultation pour la présente invalidité (AAAA-MM-JJ)	3.2 Date de la dernière consultation (AAAA-MM-JJ)

3.3 Date de la prochaine consultation (AAAA-MM-JJ) | 3.4 Fréquence ☐ Hebdomadaire ☐ Mensuelle ☐ Autre : _____

3.5 Le patient vous a-t-il été référé par un autre médecin ? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, à quelle date (AAAA-MM-JJ) ?
3.6 Nom du médecin	3.7 Spécialité

Veuillez remplir le verso du formulaire.

Ce document est disponible en média adapté sur demande.

1. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom	Prénom

4. TRAITEMENTS

4.1 Médication prescrite et posologie

4.2 Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :

4.2.1 Des examens (radiographie, IRM, ECG, etc.) ou autres tests ☐ Oui ☐ Non ☐ En attente

Lesquels : _____

4.2.2 D'autres traitements ☐ Oui ☐ Non ☐ En attente

Précisez : _____

4.2.3 Une chirurgie ☐ Oui ☐ Non ☐ En attente

Intervention chirurgicale : _____

Date prévue (AAAA-MM-JJ)

Date (AAAA-MM-JJ)

4.2.4 Une hospitalisation ☐ Oui ☐ Non

Date de l'admission (AAAA-MM-JJ)

Date de sortie (AAAA-MM-JJ)

4.3 Avez-vous référé le patient à d'autres médecins ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

Nom du médecin	Spécialité	Date de la consultation ou délai prévu (AAAA-MM-JJ)
Nom du médecin	Spécialité	Date de la consultation ou délai prévu (AAAA-MM-JJ)

Note : Joignez une copie des résultats d'examens, d'autres tests ou du rapport de consultation en spécialité.

5. INVALIDITÉ

5.1 Quelle est la date de début de l'invalidité (AAAA-MM-JJ) ?

5.2 Veuillez décrire les restrictions et limitations fonctionnelles ☐ Temporaires ☐ Permanentes

5.3 Date de capacité à retourner au travail à temps plein (ou date prévue) (AAAA-MM-JJ) ☐ Indéterminée

Si la date est indéterminée, indiquez le nombre de semaines ou de mois estimé nécessaire avant le retour au travail.	semaines	mois

5.4 Renseignements supplémentaires

6. ATTESTATION DU MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin (en lettres moulées)	Prénom (en lettres moulées)

☐ Omnipraticien ☐ Spécialiste Précisez : _____ N° de permis

Adresse complète	Tampon encreur
N° de téléphone / N° de télécopieur	
Signature du médecin	Date (AAAA-MM-JJ)

Note à l'assuré : Joignez ce document dûment rempli par votre médecin à la *Déclaration de l'assuré* avec toutes les pièces justificatives demandées. Voir le Guide de l'assuré au bloc H - Aide-mémoire.

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

Imprimer