

ÉTAPES À SUIVRE

Vous devez soumettre votre demande de crédits d'heures au plus tard un an après la date du début de l'évènement. Vous êtes tenu de voir à ce que tous les renseignements fournis soient complets et exacts.

Section 1 – Renseignements sur l'identité. Veuillez remplir les cases liées à votre identification.

Section 2 – Type de demande de crédits d'heures. Vous devez cocher la case appropriée à votre situation et remplir les sections reliées à votre sélection.

Section 3 – Invalidité. Vous devez remplir cette section si vous demandez des crédits d'heures pour invalidité (accident ou maladie). Veuillez répondre à toutes les questions. Faites remplir la section 9, 10 ou 11 par l'organisme qui vous indemnise. Remplissez les sections 6, 7 et 8.

Section 4 – Retrait préventif, congé de maternité, congé de paternité et congé parental. Vous devez remplir cette section si vous demandez des crédits d'heures pour un retrait préventif, congé de maternité, congé de paternité ou congé parental. En plus, pour un retrait préventif, faire remplir la section 9 par la CNESST. Remplissez les sections 6, 7 et 8. Dans le cas d'un congé de maternité, d'un congé de paternité ou d'un congé parental payé par le Régime québécois d'assurance parentale (RQAP), vous n'avez pas à faire remplir le formulaire par cet organisme mais **vous devez joindre une copie de la décision ainsi que de l'état de calcul** que vous recevrez.

Section 5 – Grief. Vous devez remplir cette section si vous contestez un congédiement par un grief présenté en arbitrage. Remplissez les sections 6, 7 et 8.

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

Section 7 – Certification. Cette section doit être **obligatoirement signée et datée** pour certification des renseignements donnés. Remplissez la section 8.

Section 8 – Autorisation du salarié. Cette section doit être **obligatoirement signée et datée à deux endroits, soit à la section 8 ET à la page de l'organisme qui vous indemnise.** Elle permet aux organismes visés de remplir la section du formulaire les concernant. Elle nous permet également d'obtenir, au besoin, des renseignements supplémentaires nécessaires à l'étude de votre demande.

Faites remplir le formulaire par l'organisme qui vous indemnise

Allez à la page correspondant à l'organisme qui vous indemnise.

Remplissez l'identification. Signez et datez l'autorisation du salarié. Faites remplir cette partie par l'organisme.

Section 9 – CNESST (accident de travail, maladie professionnelle, retrait préventif, IVAC)

Section 10 – Assurance-emploi

Section 11 – SAAQ

Documents à joindre :

Congé de maternité / paternité / parental

- Copie de la décision du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP) ainsi que de l'état de calcul

Allocation canadienne aux parents de jeunes victimes de crimes :

- Copie de la décision confirmant la période où des paiements ont été versés

Grief

- Copie du grief soumis à l'arbitrage
- Copie de la sentence arbitrale ou du règlement hors cour
- Lettre de l'employeur démontrant la fin des travaux sur le chantier

Avez-vous pensé ?

- À remplir la déclaration du salarié aux sections appropriées à votre situation ?
- À signer et dater les sections 7 et 8 ?
- À remplir l'identification et à signer et dater l'autorisation du salarié de la déclaration de l'organisme qui vous indemnise ?
- À faire remplir la section appropriée par l'organisme qui vous indemnise ?
- À joindre tous les documents demandés ?

POUR OBTENIR PLUS DE RENSEIGNEMENTS

- Par Internet : ccq.org
- Par téléphone – Service à la clientèle de la CCQ : **1 888 842-8282**
- Vous pouvez également consulter le dépliant « Les protections d'assurance salaire et crédits d'heures ».

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.

Voir le guide d'utilisation à la dernière page.

| 1. RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ | | | |
|---|-----|--------------------------------|-------------|
| 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 | |

| 2. TYPE DE DEMANDE DE CRÉDITS D'HEURES | |
|--|--|
| 2.1 | <input type="checkbox"/> Invalidité (accident ou maladie). Remplissez les sections 3, 6, 7 et 8. |
| 2.2 | <input type="checkbox"/> Retrait préventif, congé de maternité, congé de paternité et congé parental. Remplissez les sections 4, 6, 7 et 8. |
| 2.3 | <input type="checkbox"/> Grief soumis à l'arbitrage. Remplissez les sections 5, 6, 7 et 8. |
| 2.4 | <input type="checkbox"/> Prestations de compassion ou prestations pour proches aidants d'enfants ou d'adultes. Remplissez les sections 6, 7 et 8. |
| 2.5 | <input type="checkbox"/> Allocation canadienne aux parents de jeunes victimes de crimes. Remplissez les sections 6, 7 et 8. |

| 3. INVALIDITÉ | | | |
|--|---|---|--|
| 3.1 Dernier jour de présence au travail (AAAA-MM-JJ) : | | 3.2 Premier jour d'invalidité (AAAA-MM-JJ) : | |
| 3.3 Votre invalidité est-elle terminée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Si oui, à quelle date (AAAA-MM-JJ) : | |
| 3.4 Expliquez les raisons pour lesquelles votre invalidité vous empêche actuellement de travailler | | | |
| 3.5 Depuis le début de votre invalidité, avez-vous effectué des travaux légers ou d'autres tâches ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Si oui, pour quelle période ? (AAAA-MM-JJ au AAAA-MM-JJ) | |
| Si oui, précisez : | | | |
| 3.6 Avez-vous repris votre emploi régulier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Si oui, depuis quelle date (AAAA-MM-JJ) ? | |
| 3.7 S'agit-il d'un accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> Accident de travail <input type="checkbox"/> Accident de la route <input type="checkbox"/> Accident personnel | |
| Date de l'accident (AAAA-MM-JJ) : | | Description : | |
| 3.8 Recevez-vous des prestations ou avez-vous déposé une demande auprès de : (Pour chaque organisme, répondez à la question par « oui » ou « non ». Si oui, indiquez le statut de votre demande). | | | |
| 3.8.1 Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui : <input type="checkbox"/> À l'étude <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée | En cas de refus, avez-vous contesté ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3.8.2 Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui : <input type="checkbox"/> À l'étude <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée | En cas de refus, avez-vous contesté ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3.8.3 Assurance-emploi | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui : <input type="checkbox"/> À l'étude <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée | En cas de refus, avez-vous contesté ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3.8.4 Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui : <input type="checkbox"/> À l'étude <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée | En cas de refus, avez-vous contesté ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Remplissez la section 4.

| ESPACE RESERVÉ AU PERSONNEL DE LA CCQ | | | |
|---------------------------------------|------|------|----|
| ID | M058 | DL11 | CT |

IDENTIFICATION

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

4. RETRAIT PRÉVENTIF, CONGÉ DE MATERNITÉ, CONGÉ DE PATERNITÉ ET CONGÉ PARENTAL

4.1 Quelle est la date de l'accouchement (ou date prévue) (AAAA-MM-JJ) :

Retrait préventif payé par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)

4.2 Quel est le dernier jour de présence au travail (AAAA-MM-JJ) : 4.3 Quel est le premier jour d'arrêt de travail pour retrait préventif (AAAA-MM-JJ) :

4.4 Quelle est la date de fin du retrait préventif (ou date prévue) (AAAA-MM-JJ) :

Obligatoire : Faites remplir la section 9 par la CNESST.

Congé de maternité, paternité, parental payé par le Régime québécois d'assurance parentale (RQAP)

4.5 Quelle est la date de début du congé (AAAA-MM-JJ) : 4.6 Quelle est la date de la dernière semaine payée par le RQAP jusqu'à maintenant (AAAA-MM-JJ) :

4.7 Quelle est la date de fin du congé (ou date prévue) (AAAA-MM-JJ) : Ne sais pas

Obligatoire : Joignez une copie de la décision ainsi que de l'état de calcul du RQAP.

Remplissez la section 6

5. GRIEF SOUMIS À L'ARBITRAGE

Votre cessation d'emploi (congédiement) est-elle contestée par un grief soumis à l'arbitrage ? Oui Non

Si oui, voir documents à joindre au guide d'utilisation.
Si non, vous n'avez pas droit à des crédits d'heures.

Remplissez la section 6

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

Remplissez la section 7

7. CERTIFICATION

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

Signature du salarié

Date (AAAA-MM-JJ)

Remplissez la section 8

8. AUTORISATION DU SALARIÉ

J'autorise toute personne donnant des services d'ordre médical, les établissements de santé, de même que les compagnies d'assurance, mon employeur actuel et mes ex-employeurs, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Société d'assurance automobile du Québec, Retraite Québec et Emploi et développement social Canada à communiquer, par le biais de la déclaration ci-après ou autrement, à la Commission de la construction du Québec ou à ses représentants autorisés tous les renseignements nécessaires au traitement de la présente demande qui ont trait à mes prestations de travail et à toute invalidité, actuelle ou antérieure, incluant les renseignements médicaux relatifs à ces invalidités. Cette autorisation est valide pour la durée du traitement de ma demande et aussi longtemps que je recevrais des prestations de la CCQ.

Les renseignements ainsi transmis ne serviront qu'au traitement de la présente demande et seront accessibles aux seuls employés pour qui ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

Si vous êtes indemnisé par la CNEEST, l'IVAC, l'assurance-emploi ou la SAAQ, l'organisme qui vous indemnise doit remplir la section appropriée.

IDENTIFICATION

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

Signez et datez l'autorisation du salarié puis faites remplir la section 9 par la CNESST/IVAC.

AUTORISATION DU SALARIÉ

J'autorise toute personne donnant des services d'ordre médical, les établissements de santé, de même que les compagnies d'assurance, mon employeur actuel et mes ex-employeurs, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Société d'assurance automobile du Québec, Retraite Québec et Emploi et développement social Canada à communiquer, par le biais de la déclaration ci-après ou autrement, à la Commission de la construction du Québec ou à ses représentants autorisés tous les renseignements nécessaires au traitement de la présente demande qui ont trait à mes prestations de travail et à toute invalidité, actuelle ou antérieure, incluant les renseignements médicaux relatifs à ces invalidités. Cette autorisation est valide pour la durée du traitement de ma demande et aussi longtemps que je recevrais des prestations de la CCQ.

Les renseignements ainsi transmis ne serviront qu'au traitement de la présente demande et seront accessibles aux seuls employés pour qui ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

9. DÉCLARATION DE LA CNESST/IVAC (OU ORGANISME SEMBLABLE D'UNE AUTRE PROVINCE OU ÉTAT ÉTRANGER)

| | | |
|--|---|---|
| 9.1 Numéro de dossier : | 9.2 Date de l'événement (AAAA-MM-JJ) : | 9.3 Date de récurrence, rechute ou aggravation (AAAA-MM-JJ) : |
| 9.4 Diagnostic(s) accepté(s) : | | |
| 9.5 Diagnostic(s) refusé(s) : | | |
| 9.6 Période obligatoire de l'employeur du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : | | |
| 9.7 Périodes en assignation temporaire : | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : | |
| | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : | |
| 9.8 Périodes indemnisées en consolidation médicale : | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : | |
| | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : | |
| 9.9 Périodes indemnisées en réadaptation : | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : | |
| | du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : | |
| 9.10 S'il y a un délai entre la date de l'événement et la date du début des paiements, veuillez nous en préciser la raison (sauf s'il s'agit de la période obligatoire de l'employeur) : | | |
| 9.11 Date de consolidation médicale (AAAA-MM-JJ) : | Par : <input type="checkbox"/> MD traitant <input type="checkbox"/> BEM | |
| 9.12 <input type="checkbox"/> Si la case est cochée, vous devez répondre à la question : un REM a-t-il été produit dans les 6 derniers mois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, veuillez transmettre une copie à notre médecin désigné. | |
| | Si non. Date prévue (si connue) (AAAA-MM-JJ) : | |
| 9.13 Date de capacité à effectuer son emploi (AAAA-MM-JJ) : | | |

IDENTIFICATION

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

9. DÉCLARATION DE LA CNESST/IVAC (OU ORGANISME SEMBLABLE D'UNE AUTRE PROVINCE OU ÉTAT ÉTRANGER) (SUITE)

| | | |
|---|---|--|
| 9.14 Date de capacité à effectuer un emploi convenable (AAAA-MM-JJ) : | | |
| 9.15 Type d'emploi convenable établi : | | |
| 9.16 Période en IRR complète à la suite d'un emploi convenable du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : | | |
| 9.17 Date du début de l'IRR réduite (AAAA-MM-JJ) : | 9.18 Montant de l'IRR réduite quotidienne (\$) : | |
| 9.19 Y a-t-il une décision en attente dans ce dossier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui depuis quelle date (AAAA-MM-JJ) ? | |
| 9.20 Y a-t-il une contestation dans ce dossier ? (admissibilité, capacité à exercer son emploi, emploi convenable, droit à l'IRR) | Travailleur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui depuis quelle date (AAAA-MM-JJ) : |
| | Employeur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui depuis quelle date (AAAA-MM-JJ) : |
| Si oui, quel est l'objet de la (ou des) contestation(s) ? | | |

N'oubliez pas de signer et dater votre déclaration à la section « Identification du représentant CNESST/IVAC ».

Retrait préventif

| | |
|---|--|
| 9.21 Numéro de dossier : | 9.21 Date de l'accouchement (ou date prévue) (AAAA-MM-JJ) : |
| 9.22 Période obligatoire de l'employeur du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : | 9.23 Période indemnisée suite à un retrait préventif du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : |

Identification du représentant CNESST/IVAC

| | | |
|---------------------------------------|---|-------------------|
| Nom du représentant CNESST/IVAC | N° de téléphone (avec l'indicatif régional) | Poste |
| Signature du représentant CNESST/IVAC | | Date (AAAA-MM-JJ) |

IDENTIFICATION

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

Signez et datez l'autorisation du salarié puis faites remplir la section 10 par l'assurance-emploi

AUTORISATION DU SALARIÉ

J'autorise toute personne donnant des services d'ordre médical, les établissements de santé, de même que les compagnies d'assurance, mon employeur actuel et mes ex-employeurs, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Société d'assurance automobile du Québec, Retraite Québec et Emploi et développement social Canada à communiquer, par le biais de la déclaration ci-après ou autrement, à la Commission de la construction du Québec ou à ses représentants autorisés tous les renseignements nécessaires au traitement de la présente demande qui ont trait à mes prestations de travail et à toute invalidité, actuelle ou antérieure, incluant les renseignements médicaux relatifs à ces invalidités. Cette autorisation est valide pour la durée du traitement de ma demande et aussi longtemps que je recevrais des prestations de la CCQ.

Les renseignements ainsi transmis ne serviront qu'au traitement de la présente demande et seront accessibles aux seuls employés pour qui ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

10. DÉCLARATION DE L'ASSURANCE-EMPLOI

Invalidité

| | |
|---|---|
| 10.1 <input type="checkbox"/> Demande initiale <input type="checkbox"/> Demande renouvelée | 10.2 Date du début de l'invalidité (AAAA-MM-JJ) ? |
| 10.3 Le prestataire est-il admissible à des prestations maladie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, indiquez la date d'admissibilité (AAAA-MM-JJ) : |
| | Si non, pourquoi ? |
| 10.4 S'il y a un délai entre l'admissibilité et le début de l'invalidité, pourquoi ? <input type="checkbox"/> Déposée en retard <input type="checkbox"/> Gains reportés <input type="checkbox"/> Demande subséquente <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ | |
| 10.5 Le prestataire est-il admissible à 15 semaines en prestations maladie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si non, indiquez le nombre maximum de semaines admissibles en prestations maladie ? |
| 10.6 Si le prestataire ne reçoit pas 15 semaines en prestations maladie, pourquoi ? <input type="checkbox"/> Manque certificat médical <input type="checkbox"/> Retour au travail <input type="checkbox"/> Maximum atteint sur demande renouvelée <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ | |
| 10.7 Délai de carence : Semaine 1 (AAAA-MM-JJ) : | 10.8 Début des prestations maladie payées ou payables (AAAA-MM-JJ) : |
| 10.9 Jusqu'à quelle date est-il admissible à des prestations maladie pour cette demande (AAAA-MM-JJ) : | |
| 10.10 Une fois les prestations maladie épuisées, est-il admissible à une demande subséquente en maladie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Si non, raisons : | |
| 10.11 S'il s'agit d'une demande renouvelée, recevait-il des prestations pour cette demande avant la date du début des prestations maladie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Si oui, période du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : | |

Identification du représentant de l'assurance-emploi

| | | |
|---|---|-------|
| Nom du représentant de l'assurance-emploi | N° de téléphone (avec l'indicatif régional) | Poste |
|---|---|-------|

Signature du représentant de l'assurance-emploi

Date (AAAA-MM-JJ)

IDENTIFICATION

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

10. DÉCLARATION DE L'ASSURANCE-EMPLOI (SUITE)**Congé parental, maternité, compassion, proches aidants d'enfants ou d'adultes**

| | |
|--|---|
| 10.12 <input type="checkbox"/> Demande initiale <input type="checkbox"/> Demande renouvelée | 10.13 Date du début du congé (AAAA-MM-JJ) : |
| 10.14 Le prestataire est-il admissible à des prestations ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, indiquez la date d'admissibilité (AAAA-MM-JJ) : |
| | Si non, pourquoi ? |
| 10.15 Délai de carence : Semaine 1 (AAAA-MM-JJ) : | |
| 10.16 Période des prestations de compassion payables du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : | |
| 10.17 Période des prestations pour proches aidants du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : | <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Adultes |
| 10.18 Période des prestations de maternité payables du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : | |
| 10.19 Période des prestations parentales payables du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : | |

Identification du représentant de l'assurance-emploi

| | | |
|--|---|----------------------------|
| Nom du représentant de l'assurance-emploi | N° de téléphone (avec l'indicatif régional) | Poste |
| _____ Signature du représentant de l'assurance-emploi | | _____ Date (AAAA-MM-JJ) |

IDENTIFICATION

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

Signez et datez l'autorisation du salarié puis faites remplir la section 11 par la SAAQ.

AUTORISATION DU SALARIÉ

J'autorise toute personne donnant des services d'ordre médical, les établissements de santé, de même que les compagnies d'assurance, mon employeur actuel et mes ex-employeurs, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Société d'assurance automobile du Québec, Retraite Québec et Emploi et développement social Canada à communiquer, par le biais de la déclaration ci-après ou autrement, à la Commission de la construction du Québec ou à ses représentants autorisés tous les renseignements nécessaires au traitement de la présente demande qui ont trait à mes prestations de travail et à toute invalidité, actuelle ou antérieure, incluant les renseignements médicaux relatifs à ces invalidités. Cette autorisation est valide pour la durée du traitement de ma demande et aussi longtemps que je recevrais des prestations de la CCQ.

Les renseignements ainsi transmis ne serviront qu'au traitement de la présente demande et seront accessibles aux seuls employés pour qui ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

11. DÉCLARATION DE LA SAAQ (OU ORGANISME SEMBLABLE D'UNE AUTRE PROVINCE OU ÉTAT ÉTRANGER)

| | | |
|---|---|--|
| 11.1 Numéro de réclamation : | 11.2 Date de l'accident (AAAA-MM-JJ) : | 11.3 Date de récurrence, rechute ou aggravation (AAAA-MM-JJ) : |
| 11.4 Diagnostic(s) accepté(s) : | | |
| 11.5 Diagnostic(s) refusé(s) : | | |
| 11.6 Période exclue (ex.: 180 jours) du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : | Raison : | |
| 11.7 Délai de carence 7 jours du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : | | |
| 11.8 Périodes indemnisées pour invalidité : | Du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : | |
| | Du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) : | |
| 11.9 Date de capacité à reprendre son emploi (AAAA-MM-JJ) : | 11.10 Date de capacité à effectuer un autre emploi (AAAA-MM-JJ) : | |
| 11.11 Y a-t-il une demande en attente de décision ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, depuis quelle date (AAAA-MM-JJ) : | |
| 11.12 Y a-t-il une décision en contestation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, depuis quelle date (AAAA-MM-JJ) : | |
| Si oui, quel est l'objet de la (ou des) contestation(s) ? | | |

Identification du représentant de la SAAQ

| | | |
|--------------------------------------|---|-------|
| Nom du représentant de la SAAQ | N° de téléphone (avec l'indicatif régional) | Poste |
| Signature du représentant de la SAAQ | | |
| Date (AAAA-MM-JJ) | | |