SSQ Groupe financier

Les valeurs à la bonne place

INVALIDITÉ
DÉCLARATION DU RÉCLAMANT

SSQ, Société d'assurance inc., 1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9

INSTRUCTIONS
Remplir la déclaration du réclamant et signer les autorisations.
Tous les frais engagés sont à la charge du réclamant.

N° DE CONTRAT

Identification du réclamant

Nom et prénom

Nom à la naissance

Adresse

Code postal

Province

Sexe : ☐ F ☐ M

Date de naissance (A A A A M M J J)

Téléphone résidence

Téléphone bureau

Profession ou occupation

Revenu mensuel (net) de votre occupation $

Nom et adresse de l'employeur

Téléphone

Renseignements relatifs à l'invalidité

S'agit-il ? ☐ d'un accident d'automobile ☐ d'un accident de travail ☐ d'une maladie ☐ d'une chute ☐ autre :

Date de l'accident *s'il y a lieu* (A A A A M M J J)

Date du début de la maladie causant l'invalidité (A A A A M M J J)

Décrivez les circonstances de l'accident

Nature de la blessure ou de la maladie

Date d'arrêt du travail *s'il y a lieu* ou début d'incapacité (A A A A M M J J)

Date de retour au travail ou aux occupations habituelles
☐ indéterminée ☐ prévue le : (A A A A M M J J)

Indiquez les activités journalières que vous êtes incapable d'accomplir

Nom et adresse de votre médecin de famille depuis cinq (5) ans

Avez-vous séjourné dans un hôpital ou une autre institution de santé ? (Nom et adresse complète)
☐ Non ☐ Oui *Si oui, lequel ?*

Période d'hospitalisation
du : (A A A A M M J J) au : (A A A A M M J J)

Avez-vous fait une demande de prestations auprès des instances suivantes : *(dans l'affirmative, joindre l'avis d'acceptation ou de refus)*	Oui	Non	Date de la demande	Votre demande a-t-elle été acceptée ? Oui	Non	À l'étude	Montant mensuel	Durée (période limitée)
La Régie des rentes provinciale	☐	☐	A A A A M M J J	☐	☐	☐	$	
Le Régime des pensions du Canada	☐	☐	A A A A M M J J	☐	☐	☐	$	
La Société de l'assurance-auto provinciale	☐	☐	A A A A M M J J	☐	☐	☐	$	
La Commission de la santé et sécurité au travail	☐	☐	A A A A M M J J	☐	☐	☐	$	
D'un autre régime d'assurance-invalidité (individuel ou collectif)	☐	☐	A A A A M M J J	☐	☐	☐	$	

Si votre demande a été acceptée, nom de la compagnie

Numéro de contrat

Si votre demande a été refusée, expliquez

Avez-vous d'autres sources de revenus ?
(Si oui, précisez montant, période et sources)
☐ Non ☐ Oui *Si oui, précisez lesquelles ?*

Montant $

Période
du : (A A A A M M J J) au : (A A A A M M J J)

JE DÉCLARE QUE LES RÉPONSES CI-DESSUS SONT COMPLÈTES ET VÉRIDIQUES.
TOUS LES FRAIS ENCOURUS POUR LA RÉDACTION DU FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU RÉCLAMANT.

X

Signature du réclamant

Date (A A A A M M J J)