

SSQ Assurance comprend la pression actuelle exercée sur le système de Santé et les cliniques médicales causée par la pandémie de la COVID-19. Pour cette raison, si vous êtes dans l'impossibilité d'obtenir un rapport supplémentaire de votre médecin-traitant normalement exigé en cours d'invalidité, vous pouvez remplir le présent formulaire. Il s'agit d'une exception temporaire qui sera revue au fil de l'évolution de la situation actuelle. Notez que SSQ Assurance se réserve le droit de demander davantage d'information médicale en fonction des réponses que vous fournirez au présent formulaire.

En l'absence de la déclaration du médecin traitant, nous avons besoin de la confirmation de vos symptômes, tous les résultats de test et/ou de traitements médicaux que vous auriez reçus pour votre condition.

Une fois complété, veuillez nous faire parvenir ce formulaire à l'une des adresses courriel suivantes :

- résidents du Québec : salaire@ssq.ca

- résident ailleurs au Canada : disabilitymanagement@ssq.ca

Détails de l'assuré

Numéro du groupe : _____ Numéro de certificat : _____

Votre nom : _____ Employeur : _____

Suivi de votre réclamation en cours

Veuillez cocher la raison de cette mise à jour :

Prolongation de votre réclamation en cours

Nouvelle condition supplémentaire

Changement à ma condition existante (ex. médication/dose, tests, traitement, etc.)

1. Diagnostic

Diagnostic principal : _____

Diagnostic secondaire ou complications : _____

Si vous êtes enceinte: - La date d'accouchement ou celle prévue : _____ par voie vaginale par césarienne

Année

Mois

Jour

2. Veuillez décrire les symptômes associés à votre blessure/accident ou maladie, ainsi que la sévérité de chacun. Décrivez comment ces symptômes ont un impact sur votre capacité d'accomplir les tâches reliées à votre emploi.

3. Veuillez donner des détails quant aux discussions ou arrangement avec votre employeur concernant un retour au travail ou un accommodement que celui-ci pourrait vous accorder (ex. télétravail)

4. Avez-vous une date prévue de retour au travail? Oui Non Si oui, quelle est la date prévue? : _____

Année

Mois

Jour

5. Avez-vous d'autres problèmes de santé qui pourraient affecter votre récupération (ex. diabète, troubles cardiaques, maladies respiratoires, etc.)? Veuillez élaborer.

