

Directives :

1. Veuillez lire toutes les directives avant de remplir les deux parties du formulaire.
2. SSQ se réserve le droit de demander des documents supplémentaires après révision des informations reçues.
3. Les honoraires que pourrait exiger le médecin doivent être assumés par l'adhérent (détenteur du contrat).

Section A DÉCLARATION DU DEMANDEUR

1. IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

1.1 N° de contrat : _____
n° de police - n° de certificat

1.2 Nom : _____ 1.3 Prénom : _____

1.4 Adresse : _____ Code postal : | | | | | | | | | |

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets, exacts et véridiques.

Aux strictes fins de la gestion et du règlement de ma demande de prestations, j'autorise SSQ, société d'assurance-vie inc. et ses mandataires (ci-après SSQ) :

- a) à recueillir auprès de toute personne morale ou physique ou de tout organisme public ou parapublic les renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Notamment et ce, sans restreindre la généralité de ce qui précède, cette cueillette de renseignements pourra se réaliser auprès des médecins et autres professionnels de la santé, des établissements médicaux, paramédicaux ou cliniques, du Bureau de renseignements médicaux, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs, des compagnies d'assurance ou de réassurance, des agents de renseignements personnels ou agences d'investigation ou tout organisme public ou parapublic tels que : RRQ ou RPC, CSST, SAAQ, CARRA, l'administrateur de l'assurance emploi; par la même occasion, je les relève de leur obligation de confidentialité et les autorise à communiquer à SSQ les renseignements demandés;
- b) à communiquer aux dites personnes ou organismes les renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier;
- c) à demander, si nécessaire, un compte rendu d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à la gestion de mon dossier qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle pourrait déjà détenir à mon sujet et dont l'objet est accompli.

Les photocopies de la présente ont la même valeur que l'original.

_____| A | A | A | A | M | M | J | J |
Lieu Date Signature du patient

Section B DÉCLARATION DU REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR

2. IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

2.1 Nom : _____ 2.2 Prénom : _____

2.3 Date du début de l'emploi : | A | A | A | A | M | M | J | J |

2.4 Statut d'emploi : Temps plein Temps partiel Autre (Précisez) : _____

2.5 Date du dernier jour où l'adhérent était effectivement présent à son travail : | A | A | A | A | M | M | J | J |

2.6 Si l'adhérent n'a pas été présent au travail jusqu'à la date de l'événement, mentionnez la raison :
 Congé de maladie Vacances Départ volontaire Mise à pied Autre (Précisez) : _____

2.7 Salaire brut régulier annuel à la date du dernier jour où l'adhérent était présent au travail : _____

2.8 Si différent, salaire brut régulier annuel à la date de l'événement : _____

3. IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR

3.1 Nom : _____ 3.2 Prénom : _____

3.3 Titre : _____ 3.4 N° de téléphone : _____ N° poste : _____

3.5 Nom de l'employeur : _____

J'affirme que les informations ci-dessus sont complètes et véridiques au meilleur de ma connaissance.

_____| A | A | A | A | M | M | J | J |
Signature du représentant de l'employeur Date

Section C DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

4. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À UN DIAGNOSTIC DE MALADIE GRAVE

4.1 Diagnostic principal : _____

4.2 Date où le diagnostic est confirmé :

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

4.3

Noms des médecins consultés	Spécialité	Dates des consultations
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4.4 Résultats des tests et des examens confirmant le diagnostic (s.v.p. joindre une copie des résultats)

4.5 S'il s'agit d'une tumeur, classification TNM de la tumeur : _____

4.6 S'il s'agit d'une amputation : a) Date de l'amputation :

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

b) Détails de l'amputation : _____

4.7 S'agit-il d'une perte de la vue de l'ouïe ?
La perte est-elle totale et permanente? Oeil droit Oui Non
Oeil gauche Oui Non
Oreille droite Oui Non
Oreille gauche Oui Non

4.8 S'il s'agit d'une paralysie, quel est l'événement déclencheur?
S'agit-il d'une paralysie totale, permanente et irrécouvrable? Oui Non

4.9 Tout autre commentaire que vous jugez pertinent.

5. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

5.1 Nom : _____ 5.2 Prénom : _____

5.3 Adresse : _____
Code postal :

--	--	--	--	--	--	--	--

5.4 N° de licence : _____ 5.5 Omnipraticien Spécialiste (Précisez) : _____

5.6 Date :

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

5.7 Signature du médecin : _____

Veillez compléter et signer les trois copies.
Une photocopie du présent consentement a la même valeur que son original.

NUMÉRO DE POLICE

**AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION
DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS**

Aux fins d'administration de mon dossier et d'étude des sinistres, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet concernant entre autre mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mon admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, le bureau de renseignements médicaux, la C.S.S.T., la R.R.Q., la S.A.A.Q., la R.A.M.Q. et le bureau des Ressources Humaines du Canada (AE), à les communiquer à **SSQ, Société d'assurance-vie inc.**, ses mandataires, ses fournisseurs de services ou à ses réassureurs sur demande.

De même, j'autorise **SSQ, Société d'assurance-vie inc.** et ses mandataires à communiquer audits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements.

NOM DE L'ASSURÉ(E) (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) :

SIGNATURE :

X

ADRESSE :

SIGNATURE DU TÉMOIN :

X

DATE :

A | A | A | A | M | M | J | J

FAI705F (2014-05)

Veillez compléter et signer les trois copies.
Une photocopie du présent consentement a la même valeur que son original.

NUMÉRO DE POLICE

**AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION
DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS**

Aux fins d'administration de mon dossier et d'étude des sinistres, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet concernant entre autre mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mon admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, le bureau de renseignements médicaux, la C.S.S.T., la R.R.Q., la S.A.A.Q., la R.A.M.Q. et le bureau des Ressources Humaines du Canada (AE), à les communiquer à **SSQ, Société d'assurance-vie inc.**, ses mandataires, ses fournisseurs de services ou à ses réassureurs sur demande.

De même, j'autorise **SSQ, Société d'assurance-vie inc.** et ses mandataires à communiquer audits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements.

NOM DE L'ASSURÉ(E) (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) :

SIGNATURE :

X

ADRESSE :

SIGNATURE DU TÉMOIN :

X

DATE :

A | A | A | A | M | M | J | J

FAI705F (2014-05)

Veillez compléter et signer les trois copies.
Une photocopie du présent consentement a la même valeur que son original.

NUMÉRO DE POLICE

**AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION
DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS**

Aux fins d'administration de mon dossier et d'étude des sinistres, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet concernant entre autre mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mon admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, le bureau de renseignements médicaux, la C.S.S.T., la R.R.Q., la S.A.A.Q., la R.A.M.Q. et le bureau des Ressources Humaines du Canada (AE), à les communiquer à **SSQ, Société d'assurance-vie inc.**, ses mandataires, ses fournisseurs de services ou à ses réassureurs sur demande.

De même, j'autorise **SSQ, Société d'assurance-vie inc.** et ses mandataires à communiquer audits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements.

NOM DE L'ASSURÉ(E) (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) :

SIGNATURE :

X

ADRESSE :

SIGNATURE DU TÉMOIN :

X

DATE :

A | A | A | A | M | M | J | J

FAI705F (2014-05)