

IMPORTANT

Vous devez remplir intégralement toutes les sections sinon le formulaire vous sera retourné et le traitement de votre demande sera retardé.

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	
Numéro de téléphone		Numéro de cellulaire	

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'INVALIDITÉ

2.1 Votre incapacité est-elle terminée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, à quelle date? (AAAA-MM-JJ)	
2.2 Votre condition médicale s'est-elle améliorée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		2.3 Votre condition médicale s'est-elle détériorée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si vous avez répondu « oui » à 2.2 ou 2.3, expliquez-nous les changements relatifs à votre état de santé			
2.4 Avez-vous tenté de reprendre :		Un autre travail ou des activités lucratives? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, pour quelle(s) période(s)? Du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)		Heure de travail par jour	Heure de travail par semaine
Si oui, pour quelle(s) période(s)? Du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)		Heure de travail par jour	Taux horaire
Description détaillée du travail ou de(s) l'activité(s) lucrative(s) effectuée(s) :			
2.5 Si non, prévoyez-vous reprendre :		Un autre travail ou des activités lucratives? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Nous tenons à vous informer que si vous prévoyez retourner au travail ou si vous travaillez dans votre métier ou toute autre occupation lucrative, que ce soit à temps plein ou à temps partiel, vous avez l'obligation d'en informer immédiatement la commission.

ESPACE RÉSERVÉ AU PERSONNEL DE LA CCQ

ID CT LT AI M038 M058

3. RENSEIGNEMENTS SUR LES REVENUS ET LES PRESTATIONS

Recevez-vous des prestations d'invalidité ou de retraite ou avez-vous déposé une demande ou avez-vous l'intention de déposer une demande auprès de :

Veuillez répondre à chacune des questions		Date de la demande (AAAA-MM-JJ)	Numéro du dossier ou de la demande	Demande acceptée	Demande refusée	Demande à l'étude	En appel de la décision
Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loi sur les accidents du travail ou les maladies professionnelles d'une autre province ou d'un état étranger (ex. : États-Unis)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Société de l'assurance automobile de Québec (SAAQ)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loi sur l'assurance-emploi (Emploi et Développement social Canada) ou d'une loi au même effet d'un état étranger (ex. : États-Unis)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraite Québec	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime de pensions du Canada	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime de retraite de l'industrie de la construction	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre régime collectif de retraite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre régime individuel ou collectif d'assurance salaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres revenus (ex. : Emploi, indemnité de cessation d'emploi, etc.) Précisez :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu «oui» à l'une de ces questions, il est possible qu'une réduction de la prestation (en tenant compte de vos revenus) ou qu'une exclusion soit applicable et ce, conformément au Règlement sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux dans l'industrie de la construction. Veuillez joindre une copie de la décision ou de l'avis du premier paiement que vous avez reçu de ces organismes.

4. CERTIFICATION

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

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

5. AUTORISATION

J'autorise toute personne physique ou morale donnant des services d'ordre médical (médecins-hôpitaux), de même que les compagnies d'assurances, bureau d'enquête, employeurs, le bureau de renseignements médicaux, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, la Direction de l'indemnisation des victimes d'acte criminel, la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Société de l'assurance automobile du Québec, Service Canada, Emploi et Développement social Canada et Retraite Québec, à transmettre à la Commission de la construction du Québec (CCQ) ou à ses représentants autorisés tous les renseignements qu'ils possèdent à mon sujet relativement à ma demande d'assurance salaire et/ou de crédits d'heures et/ou de maintien d'assurance.

Les renseignements ainsi transmis à la CCQ ne doivent servir qu'à l'étude de ma demande d'assurance salaire et/ou de crédits d'heures et/ou de maintien d'assurance conformément aux dispositions du Règlement sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux dans l'industrie de la construction. Toutefois, ils pourront être divulgués à toute personne physique ou morale participant à l'étude de cette demande ou à d'autres personnes si la loi l'exige ou si je l'autorise expressément.

La présente autorisation ou une copie de celle-ci sera valide tant que durera l'étude de ma demande.

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

Avez-vous répondu à toutes les questions? Avez-vous signé et daté les sections 4 et 5? Si non, le formulaire vous sera retourné.

Veuillez retourner ce formulaire ainsi que les pièces justificatives à l'adresse ci-dessous.

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