

Déclaration de la personne assurée – Cette section doit être dûment remplie et signée par la personne assurée

Nom _____ Prénom _____

N° de groupe ou de police _____ N° de certificat _____

N° de contrat _____ Nom du titulaire de police _____ Numéro d'assurance sociale (facultatif) _____

Adresse complète _____ Code postal _____

Téléphone (résidence) _____ Téléphone (bureau) _____ poste _____

État civil : ☐ célibataire ☐ monoparental ☐ marié ou en union de fait

Personnes à VOTRE charge : Conjoint : ☐ non ☐ oui Enfants : ☐ non ☐ oui Nombre : _____ Âge : _____

Nom du médecin traitant : _____

Depuis votre arrêt de travail, avez-vous exercé une autre occupation? ☐ non ☐ oui ➔ Date de début : _____

Si oui, précisez la nature des tâches

L'invalidité est-elle attribuable à un accident? ☐ non ☐ oui ➔ Décrire les circonstances, la date et le lieu.

Avez-vous déjà subi une expertise médicale relativement à votre invalidité? ☐ non ☐ oui

Recevez-vous ou avez-vous présenté une demande afin de bénéficier d'un programme ou d'un régime mentionné ci-dessous?

PROGRAMME	NON	SI OUI						SI REFUSÉE	
		À l'étude	Acceptée	Numéro de références	Montant	Fréquence des paiements	Refusée	Avez-vous l'intention de contester cette décision?	
								non	oui
PROGRAMME									
Assurance emploi : Si acceptée, date de début des prestations : _____	☐	☐	☐		\$		☐	☐	☐
Indemnité pour accident de travail ou maladie professionnelle	☐	☐	☐		\$		☐	☐	☐
Agence provinciale ou fédérale	☐	☐	☐		\$		☐	☐	☐
Loi sur l'assurance automobile ou autre programme d'indemnisation	☐	☐	☐		\$		☐	☐	☐
RÉGIME									
Régime de retraite ou de pension	☐	☐	☐		\$		☐	☐	☐
Assurance de rente d'invalidité	☐	☐	☐		\$		☐	☐	☐
Régime d'assurance maladie ou régime social	☐	☐	☐		\$		☐	☐	☐
Autre régime d'assurance collective : _____	☐	☐	☐		\$		☐	☐	☐

NOTE : VEUILLEZ INCLURE UNE COPIE DE TOUTE DOCUMENTATION REÇUE DE CES ORGANISMES, INCLUANT L'AVIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS.

ADHÉSION OBLIGATOIRE AU DÉPÔT DIRECT (IMPORTANT : Veuillez signer l'autorisation suivante et y joindre un spécimen de chèque portant la mention « ANNULÉ »).

Par la présente, j'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc. à déposer mes prestations d'assurance salaire dans mon compte bancaire.

Signature _____ Date _____

J'autorise tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, professionnel en réadaptation, fournisseur de soins de santé, établissement public ou privé de santé ou services sociaux, organisme privé, public ou parapublic, assureur ou réassureur, employeur ou ancien employeur, intermédiaire de marché, titulaire de police, agence de renseignements ou toute autre personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels à mon sujet, tels que des renseignements médicaux nécessaires à l'administration de ma demande de prestations, à les communiquer à Beneva inc. J'autorise également Beneva inc. à communiquer ces renseignements aux personnes précédemment mentionnées dans le cadre du traitement de ma demande.

Signature _____ Date _____

En cas de décès, j'autorise le titulaire de police, l'employeur, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession à communiquer à Beneva inc. tous les renseignements personnels ou autorisations nécessaires à l'administration de ma demande de prestations d'assurance invalidité.

Signature _____ Date _____

J'autorise l'employeur ou le titulaire de police à fournir à Beneva inc. mon numéro d'assurance sociale (NAS) lorsque requis aux fins d'émission de relevés fiscaux.

Signature _____ Date _____

La présente autorisation est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Recevez un courriel à chaque étape importante du traitement de votre dossier d'invalidité.

Rendez-vous au **SSQ.CA**, inscrivez-vous au site **ACCÈS | assurés** en fournissant une adresse courriel accessible pendant votre invalidité.

Tous les honoraires exigés pour remplir la déclaration sont à la charge du patient.

Renseignements sur la personne assurée et consentement

À REMPLIR PAR LE PATIENT

☐ Homme ☐ Femme Nom de la personne assurée : _____

Nom de famille _____ Prénom _____

Date de naissance : | A | A | A | A | M | M | J | J | Taille : _____ Poids : _____ Téléphone au domicile (avec indicatif régional) : _____ Cellulaire (avec indicatif régional) : _____

Adresse : _____ Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Nom de l'employeur _____ Numéro du contrat _____ Numéro du certificat de la personne assurée _____

Dernier jour de travail : | A | A | A | A | M | M | J | J | Date réelle ou prévue du retour au travail : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Déclaration du médecin traitant

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN



- Si votre patient est de retour au travail ou s'il est prévu qu'il le soit dans les 4 semaines suivant la date de son dernier jour de travail, veuillez remplir les sections 1 à 4 uniquement et apposer votre signature à la fin du formulaire.
- Pour les absences risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir les pages 1 et 2 au complet.

1) Diagnostic

Diagnostic principal : _____

Diagnostic secondaire ou complications : _____

Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :

- ☐ à la vie conjugale/familiale ☐ à des problèmes personnels ou interpersonnels
☐ à des problèmes professionnels ☐ à la consommation abusive d'alcool ou de drogues ou à des problèmes de jeu

S'il s'agit d'une grossesse – Date prévue ou réelle de l'accouchement : | A | A | A | A | M | M | J | J | Voie vaginale ☐ Césarienne ☐

Maladie professionnelle ou accident du travail? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, précisez la date : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Accident de la route? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, précisez la date : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de votre première consultation avec le patient relativement à cette condition

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

Date du premier jour d'absence du travail en raison de la condition

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

2) Hospitalisation

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? ☐ ou a-t-il subi une intervention de chirurgie ambulatoire? ☐

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

Date d'admission

Date de sortie

Nom de l'établissement

Si le patient a subi une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description :

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

Date

Description

3) Traitement (médicament, posologie, physiothérapie, autre) :

4) Pronostic

Veillez indiquer le pronostic de rétablissement :

Le patient a-t-il déjà été traité pour la même condition ou pour une condition semblable? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, précisez la date : Nom du professionnel de la santé :

Veillez décrire les symptômes (histoire, fréquence, etc.) :

Degré de gravité de l'ensemble des symptômes:

☐ léger ☐ moyen ☐ intense ☐ avec éléments psychotiques

Fréquence des consultations : Hebdomadaire ☐ Mensuelle ☐ Autre ☐

Durée approximative de l'incapacité: nombre de jours nombre de semaines

☐ indéterminée ou date de retour au travail :

☐ à temps partiel

☐ à temps plein

☐ retour progressif

Précisez :

5) Suite de la déclaration du médecin traitant – Si l'absence risque de se prolonger au-delà de 4 semaines

 Veuillez joindre à la présente une copie de tous les documents pertinents :

- résultats de tests/rapports d'examens (si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué)
- rapports de consultation

Si aucun rapport de consultation n'est joint à la présente, veuillez indiquer si votre patient a consulté ou consultera un spécialiste relativement à la condition.

Nom du spécialiste

Spécialité

Date de la consultation

À la lumière des résultats cliniques et de vos observations, veuillez décrire les restrictions et limitations cognitives ou physiques actuelles du patient :

Veillez nous faire part de toute complication ou de toute autre condition influant sur la capacité fonctionnelle de votre patient ou sur la période de convalescence prévue :

Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des inquiétudes quant à la capacité du patient de gérer ses propres affaires? ☐ Oui ☐ Non

Avis au médecin

Les renseignements figurant dans le présent formulaire seront versés à un dossier d'assurance vie, maladie ou invalidité de l'assureur ou de l'administrateur du régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi.

Nom du médecin traitant
(en caractères d'imprimerie)

Date de signature :

Spécialité du médecin

N° permis d'exercer

Adresse :

Téléphone (avec indicatif régional) : Télécopieur (avec indicatif régional) :

Signature :

AVIS CONCERNANT LA PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Pour Beneva¹, protéger vos renseignements personnels est primordial. C'est pourquoi nous vous informons que nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels avec votre consentement, à moins que la loi nous autorise à le faire autrement, et ce, pour la durée nécessaire aux fins ci-dessous :

- vous identifier
- établir et mettre à jour votre profil, vos besoins et vos objectifs
- évaluer vos demandes et votre admissibilité à nos produits et services
- vous communiquer des conseils liés à votre situation
- administrer vos contrats ainsi que vos produits ou services (ex. : tarification, sélection des risques, souscription, traitement de vos réclamations, etc.)
- se conformer à des exigences légales et réglementaires (ex. : pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, la fraude, etc.)
- obtenir votre opinion en lien avec nos produits ou services
- vous proposer des offres et des conseils personnalisés sur nos produits ou nos services selon vos préférences et conformément aux règles relatives aux communications électroniques et téléphoniques
- mener des études et des recherches incluant la conception et l'application de modèles statistiques dont certains peuvent permettre de créer ou d'inférer de nouvelles informations à votre sujet

De quelles façons Beneva recueille vos renseignements personnels?

Nous pouvons recueillir vos renseignements personnels par téléphone, en personne, et à l'aide de nos formulaires et de nos interfaces numériques.

À qui Beneva communique vos renseignements personnels?

Pour les raisons mentionnées plus tôt, et seulement s'ils sont liés à vos produits ou services, nous communiquons vos renseignements personnels à nos sociétés affiliées et à nos réseaux de distribution ainsi qu'à des tiers, dont certains peuvent être situés à l'extérieur du Québec et du Canada.

Ces tiers peuvent inclure :

- d'autres institutions financières, comme des assureurs et des réassureurs
- d'autres organismes ou entités détenant des renseignements sur vous, entre autres, en assurance, en fraude ou en indemnisation
- des intermédiaires
- des agences d'évaluation du crédit
- des ministères et des organismes gouvernementaux ou des autorités réglementaires
- des employeurs
- des fournisseurs de services en lien avec une réclamation, comme des professionnels de la santé et des ateliers de réparation automobile
- d'autres mandataires et fournisseurs de services (services technologiques, services d'impression et d'expédition de documents, etc.)

Notez que dans tous les cas, nous nous assurons qu'ils respectent la protection de vos renseignements personnels.

Quels sont vos droits d'accès et de rectification?

Accéder à vos renseignements personnels ou demander la correction d'un renseignement incomplet ou inexact est possible. Transmettez-nous une demande à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels

Beneva

625, rue Jacques-Parizeau Québec (Québec) G1R 2G5

ResponsablePRP@beneva.ca

Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, consultez la version complète de notre Énoncé de confidentialité au [beneva.ca](https://www.beneva.ca)

Votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication de vos renseignements personnels est nécessaire à la fourniture du produit ou service demandé ou offert. Vous avez le droit de retirer votre consentement, mais Beneva ne pourra toutefois plus continuer à vous offrir ses produits ou services.

1. Le terme « Beneva » signifie Beneva inc., ses sociétés affiliées, leurs mutuelles et ses réseaux de distribution. Les sociétés affiliées de Beneva inc. désignent La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, Services d'investissement Beneva inc., Société d'assurance Beneva inc., L'Unique assurances générales inc. et Unica assurances inc.