

ÉTAPES À SUIVRE PAR LE SALARIÉ

DÉCLARATION DE L'ASSURANCE EMPLOI

11A

LA DÉCLARATION DE L'ASSURANCE EMPLOI

- Les sections "Identification du salarié" et "Autorisation du salarié" doivent être dûment remplies et signées par le salarié.
- La section "Certificat de DRHC" (Développement des ressources humaines Canada), doit être en tout temps dûment remplie et signée par un employé d'un Centre de ressources humaines Canada.

Pour être admissible aux prestations du régime d'assurance salaire de l'industrie de la construction il est nécessaire que vous déposiez au préalable une demande d'assurance emploi en prestations maladie auprès d'un Centre de ressources humaines Canada. Celui-ci étant le premier payeur lors d'une réclamation d'invalidité vous devez déposer votre demande auprès de DRHC même si vous n'êtes pas admissibles à des prestations en maladie.

DÉCLARATION DU SALARIÉ DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

11B

LA DÉCLARATION DU SALARIÉ

- Les sections se rapportant à la "Déclaration du salarié", doivent être dûment remplies, datées et signées par le salarié.

LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

- Les sections se rapportant à la "Déclaration du médecin traitant" doivent être dûment remplies, signées et datées par le médecin traitant. Celui-ci doit être membre d'une corporation professionnelle de médecins.

TRANSMISSION DE VOTRE DOSSIER

Pour procéder à l'étude de votre dossier, nous devons recevoir l'original ou la copie jaune, selon le cas, de la "Déclaration de l'Assurance emploi" (11A) dûment remplie et signée par les personnes concernées, ainsi que l'original de la "Déclaration du salarié et Déclaration du médecin traitant" (11B) dûment remplies et signées par les personnes concernées.

Il est très important d'effectuer votre demande d'assurance salaire dans un délai de 30 jours suivant le début de votre invalidité. Sinon, vous perdrez les prestations qui auraient été payables entre le début de votre invalidité et la date de votre demande. Une demande soumise plus d'un an après le début de l'invalidité sera automatiquement refusée.

Pour accélérer l'étude de votre demande, veuillez écrire lisiblement et nous acheminer les formulaires appropriés dûment remplis et signés le plus tôt possible à:



Commission
de la construction
du Québec

DIRECTION AVANTAGES SOCIAUX
SECTION ASSURANCE VIE ET SALAIRE
CASE POSTALE 1515
SUCCURSALE MONT-ROYAL
MONTRÉAL (QUÉBEC)
H3P 3H6

Nous pourrions donner suite à cette demande d'assurance salaire seulement si vous nous avez fourni toutes les informations requises au traitement de votre demande.

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec votre bureau régional de la Commission de la construction du Québec.

(Écrire en lettres moulées)		IDENTIFICATION DU SALARIÉ (À compléter par le salarié)	N° D'ASSURANCE SOCIALE
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM(S)	_____
NUMÉRO, RUE, APPARTEMENT		VILLE	DATE DE NAISSANCE
COMTÉ, PROVINCE		CODE POSTAL	_____
		ADRESSE PERMANENTE <input type="checkbox"/>	Année Mois Jour
		ADRESSE TEMPORAIRE <input type="checkbox"/>	N° DE TÉLÉPHONE DE L'ASSURÉ

			Ind. rég.

AUTORISATION DU SALARIÉ (À compléter par le salarié)	
JE, SOUSSIGNÉ _____ AUTORISE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA (DRHC) À FOURNIR À LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION (NOM DU SALARIÉ)	
DU QUÉBEC (CCQ) LA DÉCLARATION CI-DESSOUS ET TOUS RENSEIGNEMENTS RELATIFS À CELLE-CI, LA PRÉSENTE AUTORISATION OU UNE COPIE DE CELLE-CI SERA VALIDE TANT QUE DURERA L'ÉTUDE DE MA DEMANDE.	
_____ SIGNATURE DU SALARIÉ	DATE _____ Année Mois Jour

CERTIFICAT DE DRHC (Réservé à la DRHC)	
---	--

INSTRUCTIONS

LA PARTIE 1 EST À COMPLÉTER EN TOUT TEMPS ET REMETTRE AU SALARIÉ L'ORIGINAL DE CE FORMULAIRE.
LA PARTIE 2 EST À COMPLÉTER SEULEMENT SI UNE DEMANDE A ÉTÉ DÉPOSÉE POUR LA PRÉSENTE INCAPACITÉ ET QUE L'ÉTUDE DU DOSSIER EST COMPLÉTÉE. REMETTRE AU SALARIÉ L'ORIGINAL SI DISPONIBLE OU LA COPIE JAUNE LORSQUE COMPLÉTÉE.

PARTIE 1

LE SALARIÉ A-T-IL DÉPOSÉ UNE DEMANDE EN PRESTATIONS-MALADIE POUR LA PRÉSENTE INCAPACITÉ? OUI NON

SI OUI, À QUELLE DATE A-T-IL DÉPOSÉ SA DEMANDE? _____ VEUILLEZ ALORS COMPLÉTER LA PARTIE 2 DE CETTE DÉCLARATION ET LA RETOURNER À LA CCQ.
Année Mois Jour

LE SALARIÉ A-T-IL DÉPOSÉ UNE DEMANDE AU COURS DES 52 DERNIÈRES SEMAINES? OUI NON

DATE N° DE TÉLÉPHONE DE LA CEIC POSTE / TÉL.

Année Mois Jour Ind. rég.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ DE DRHC ET LE NOM EN LETTRE MOULÉES

PARTIE 2

1- DATE DU DÉBUT DE L'INCAPACITÉ: _____ Année Mois Jour	2- DEMANDE INITIALE <input type="checkbox"/> RENOUVELÉE <input type="checkbox"/>	3- DATE EFFECTIVE DE LA DEMANDE POUR L'INCAPACITÉ: _____ Année Mois Jour
4- DATE DU DÉLAI DE CARENCE: _____ Année Mois Jour	5- S'IL Y A UN DÉLAI ENTRE LA DATE D'INCAPACITÉ ET LA DATE EFFECTIVE DE LA DEMANDE, LA RAISON EST: DEMANDE DÉPOSÉE EN RETARD <input type="checkbox"/> GAINS REPORTÉS <input type="checkbox"/> DEMANDE SUBSÉQUENTE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> PRÉCISEZ: _____	
6- PREMIÈRE SEMAINE PAYÉE OU PAYABLE EN PRESTATIONS DE MALADIE POUR CETTE INCAPACITÉ: _____ Année Mois Jour	7- JUSQU'À QUELLE DATE A-T-ON FAIT DROIT AUX PRESTATIONS DE MALADIE? _____ Année Mois Jour	
8- QUEL EST LE NOMBRE DE SEMAINES PAYABLES EN MALADIE POUR CETTE DEMANDE JUSQU'À CE JOUR? _____		
9- SI LE PRESTATAIRE A DROIT A MOINS DE 15 SEMAINES DE PRESTATIONS EN MALADIE POUR CETTE DEMANDE, QUELLE EN EST LA RAISON: _____ _____ _____		
10- SI NON ADMISSIBLE, RAISON: _____ _____ _____		
11- UNE FOIS LES PRESTATIONS DE MALADIE ÉPUISEES, EST-IL POSSIBLE QUE LE PRESTATAIRE SOIT ADMISSIBLE À UNE DEMANDE SUBSÉQUENTE EN MALADIE? (SELON LES INFORMATIONS AU DOSSIER) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

DATE N° DE TÉLÉPHONE DE DRHC POSTE / TÉL.

Année Mois Jour Ind. rég.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ DE DRHC ET LE NOM EN LETTRES MOULÉES

EXPÉDIEZ CETTE DEMANDE LE PLUS TÔT POSSIBLE À:



Commission de la construction du Québec

DIRECTION AVANTAGES SOCIAUX
SECTION ASSURANCE VIE ET SALAIRE
CASE POSTALE 1515
SUCCURSALE MONT-ROYAL
MONTRÉAL (QUÉBEC)
H3P 3H6

IMPORTANT

VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT ET NOUS FAIRE PARVENIR L'ORIGINAL DE VOTRE DEMANDE. NOUS POURRONS DONNER SUITE À CETTE DEMANDE D'ASSURANCE-SALAIRE SEULEMENT SI UNE RÉPONSE ADEQUATE EST FOURNIE À TOUTES LES QUESTIONS APPARAISSANT SUR LE FORMULAIRE.

1	(Écrire en lettres moulées)	IDENTIFICATION DU SALARIÉ	(À compléter par le salarié)	N° D'ASSURANCE SOCIALE
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM(S)		_____
NUMÉRO, RUE, APPARTEMENT		VILLE		DATE DE NAISSANCE
COMTÉ, PROVINCE		CODE POSTAL	ADRESSE PERMANENTE <input type="checkbox"/>	Année Mois Jour
			ADRESSE TEMPORAIRE <input type="checkbox"/>	N° DE TÉLÉPHONE DE L'ASSURÉ
				Ind. rég.

2	RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EMPLOI
NOM DE VOTRE DERNIER EMPLOYEUR	N° TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR
VOTRE MÉTIER OU OCCUPATION	Ind. rég.
DERNIER JOUR DE PRÉSENCE AU TRAVAIL:	Année Mois Jour

3	RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'INVALIDITÉ
1- PREMIER JOUR D'INCAPACITÉ: _____	2- VOTRE INCAPACITÉ EST-ELLE TERMINÉE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Année Mois Jour	SI OUI, À QUELLE DATE? _____
Année Mois Jour	Année Mois Jour
3- AVEZ-VOUS REPRIS LE TRAVAIL OU ÉTES-VOUS DISPONIBLE POUR UN TRAVAIL? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	DANS LA NÉGATIVE, DATE APPROXIMATIVE DE VOTRE RETOUR AU TRAVAIL OU DE VOTRE DISPONIBILITÉ À TRAVAILLER: _____
	Année Mois Jour
4- S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SI OUI, PRÉCISEZ: ACCIDENT DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> DE VÉHICULE MOTEUR <input type="checkbox"/> AUTRE ACCIDENT <input type="checkbox"/>
PRÉCISIONS SUR L'ACCIDENT: _____	DATE DE L'ACCIDENT: _____ À _____ HEURE(S) AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
	Année Mois Jour
LIEU DE L'ACCIDENT: _____	
COMMENT: (AU BESOIN UTILISER UN FEUILLE SUPPLÉMENTAIRE) _____	
NOM DES TÉMOINS: _____	IND. RÉG. NO TÉLÉPHONE _____
5- AVEZ-VOUS ÉTÉ HOSPITALISÉ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
SI OUI, LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT: _____	ADMISSION LE: _____ À _____ HEURE(S) AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
	Année Mois Jour
	SORTIE LE: _____ À _____ HEURE(S) AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
	Année Mois Jour

4	AUTRES REVENUS
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:	
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL? _____	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> MONTANTS _____ \$ HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE-AUTOMOBILE DU QUÉBEC? _____	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> MONTANTS _____ \$ HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC? _____	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> MONTANTS _____ \$ HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA? _____	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> MONTANTS _____ \$ HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
RÉGIME DE RETRAITE DE L'INDUSTRIE DE LA CONSTRUCTION? _____	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> MONTANTS _____ \$ HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
AUTRE RÉGIME INDIVIDUEL OU COLLECTIF D'ASSURANCE-SALAIRE? _____	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> MONTANTS _____ \$ HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
VEUILLEZ NOUS FAIRE PARVENIR UNE COPIE DE LA DÉCISION OU DE L'AVIS DU PREMIER PAIEMENT QUE VOUS AVEZ REÇU DES ORGANISMES CI-HAUT MENTIONNÉS.	
L'IMPÔT PROVINCIAL DOIT ÊTRE DÉDUIT DE VOS PRESTATIONS D'ASSURANCE SALAIRE. LES DÉDUCTIONS POUR FINS D'IMPÔT FÉDÉRAL NE SONT PAS OBLIGATOIRES MAIS PEUVENT ÊTRE FAITES À LA SOURCE SI VOUS LE DÉSIREZ.	
DÉSIREZ-VOUS QUE L'IMPÔT FÉDÉRAL SOIT RETENU À LA SOURCE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

5	AUTORISATION DU SALARIÉ
JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DE TOUS LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS À L'APPUI DE MA DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE.	
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 DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC, LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, LA SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, LA RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC ET DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA, 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.	
LES RENSEIGNEMENTS AINSI TRANSMIS À LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ) NE DOIVENT SERVIR QU'À L'ÉTUDE DE MA DEMANDE DE PRESTATIONS 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 DEMANDE	
SIGNATURE DU SALARIÉ (OBLIGATOIRE)	DATE
_____	Année Mois Jour
	← IMPORTANT

EXPÉDIEZ CETTE DEMANDE LE PLUS TÔT POSSIBLE À:



Commission de la construction du Québec

DIRECTION AVANTAGES SOCIAUX
SECTION ASSURANCE VIE ET SALAIRE
CASE POSTALE 1515
SUCCURSALE MONT-ROYAL
MONTREAL (QUÉBEC)
H3P 3H6

1

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM(S) _____ ÂGE _____
OCCUPATION _____

2

CIRCONSTANCE

SELON VOUS, L'AFFECTION POURRAIT-ELLE ÊTRE ATTRIBUABLE À: ACCIDENT DE TRAVAIL UNE MALADIE PROFESSIONNELLE DE VÉHICULE MOTEUR
AUTRE ACCIDENT AUTRE MALADIE

3

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC DE L'INVALIDITÉ ACTUELLE

A- PRINCIPAL: _____
B- SECONDAIRE: _____
C- SYMPTÔMES SUBJECTIFS: _____
D- SIGNES OBJECTIFS (Y COMPRIS LES RÉSULTATS RÉCENTS DE RADIO, ECG OU AUTRES EXAMENS): _____
E- À VOTRE CONNAISSANCE
1- QUAND LES SYMPTÔMES SONT-ILS APPARUS OU L'ACCIDENT A-T-IL EU LIEU? _____
Année Mois Jour
2- CE PATIENT A-T-IL DÉJÀ SOUFFERT D'UNE AFFECTION DE CE GENRE? OUI NON DANS L'affirmative, DATE ET PRÉCISIONS: _____
Année Mois Jour

4

RÉFÉRENCE

A- CETTE PERSONNE VOUS A-T-ELLE ÉTÉ RÉFÉRÉE PAR UN AUTRE MÉDECIN: OUI NON SI OUI, À QUELLE DATE? _____
Année Mois Jour
B- NOM DU MÉDECIN ET SPÉCIALITÉ: _____

5

VISITE

A- DATE DE LA PREMIÈRE VISITE POUR LA PRÉSENTE INVALIDITÉ: _____
Année Mois Jour
B- DATE DE LA DERNIÈRE VISITE: _____
Année Mois Jour
C- DATE DE LA PROCHAINE VISITE: _____
Année Mois Jour
D- TRAITEZ-VOUS CE PATIENT DEPUIS LE DÉBUT DE LA PRÉSENTE INVALIDITÉ? OUI NON
E- FRÉQUENCE DES VISITES: HEBDOMADAIRE MENSUELLE
AUTRE PRÉCISEZ: _____

6

TRAITEMENT

A- NATURE DES TRAITEMENTS: _____
B- MÉDICATION PRESCRITE ET POSOLOGIE: _____
C- DATE D'HOSPITALISATION: _____
Année Mois Jour
D- DATE DE SORTIE: _____
Année Mois Jour
E- RAISON DE L'HOSPITALISATION (EXAMEN, TRAITEMENT, CHIRURGIE) PRÉCISEZ: _____
F- DATE DE LA CHIRURGIE: _____
Année Mois Jour
G- S'AGIT-IL D'UNE CHIRURGIE D'UN JOUR? OUI NON
H- AVEZ-VOUS RÉFÉRÉ LE PATIENT À UN AUTRE MÉDECIN? OUI NON SI OUI, DATE: _____
Année Mois Jour
DATE DES VISITES: _____
NOM DU MÉDECIN ET SPÉCIALITÉ: _____

7

INCAPACITÉ

A- CETTE PERSONNE A ÉTÉ TOTALEMENT INVALIDE (INCAPABLE D'EFFECTUER LES TÂCHES HABITUELLES DE SA FONCTION) DU: _____
Année Mois Jour AU: _____
Année Mois Jour
B- SI ELLE EST TOUJOURS INVALIDE, VERS QUELLE DATE POURRAIT-ELLE REPRENDRE SON TRAVAIL? _____
Année Mois Jour
C- SI LA DATE EST INDÉTERMINÉE, NOMBRE DE SEMAINES ADDITIONNELLES ESTIMÉES NÉCESSAIRES AVANT LA REPRISE DU TRAVAIL? _____
D- QUELLE A ÉTÉ OU SERA LA DURÉE DE L'INVALIDITÉ PARTIELLE? (CAPACITÉ DE REPRENDRE À TEMPS PARTIEL L'EXERCICE DE SON OCCUPATION): _____
Année Mois Jour
E- EN QUOI L'AFFECTION DU PATIENT INFLUE-T-ELLE SUR SA CAPACITÉ DE TRAVAILLER? _____
REMARQUES: _____

8

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

NOM DU MÉDECIN _____ ADRESSE _____
OMNIPRATICIEN SPÉCIALISTE PRÉCISEZ: _____
SIGNATURE DU MÉDECIN _____
Année Mois Jour
Ind. rég. _____ N° de téléphone _____
Code postal _____ N° de permis _____