

--	--	--

Age Group	Number of People
13-17	10
18-24	20
25-34	30
35-44	25
45-54	20
55-64	15
65-74	10
75-84	5
85-94	2
95+	1

Veillez écrire en lettres détachées.

Sexe ☐ F ☐ M	Nom de famille	Prénom	Date de naissance année mois jour		
	Nom de famille à la naissance, si différent	Prénom à la naissance, si différent			

Pour que Retraite Québec dispose de toute l'information nécessaire à l'étude de ma demande de prestations pour invalidité du Régime de rentes du Québec, j'autorise les personnes ou les organismes suivants à communiquer à Retraite Québec les renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs pertinents qu'ils détiennent à mon sujet :

- toute ou tout médecin, toute professionnelle ou tout professionnel de la santé et tout établissement de santé ou de services sociaux;
- mes employeurs;
- la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST);
- la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ);
- la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ);
- les administrateurs de régimes d'assurance invalidité à qui j'ai fait une demande de prestations en raison de mon état de santé.

À moins d'une révocation écrite de ma part, la présente autorisation demeure en vigueur, même si je décède, jusqu'à l'épuisement des recours des parties.

Signature _____ Date _____

Vous pouvez apposer votre signature de façon manuscrite ou avec le procédé électronique de votre choix. Les signatures tapées au clavier ne sont pas acceptées.



Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents requis, s'il y a lieu, à retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre ou via Mon Dossier. Votre demande sera traitée plus rapidement, puisque le délai postal sera éliminé.

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous envoyer vos documents à l'adresse suivante :
Retraite Québec, case postale 5200, Québec (Québec) G1K 7S9