

Bien répondre à toutes les questions, c'est nous aider à mieux vous servir.

Directives. Le blessé doit remplir la « Déclaration de l'assuré », le gérant de l'équipe ou l'administrateur, la « Déclaration du responsable du club », et le médecin traitant, la « Déclaration du médecin traitant », qui se trouve à la page 2.

Important. S'il s'agit de soins dentaires, il faut remplir le formulaire « Soins dentaires en cas d'accident du sport ». L'assuré doit tout d'abord envoyer sa demande à l'assureur de tout autre régime d'assurance maladie; si les frais ne sont pas remboursés intégralement, il fait alors parvenir à SSQ, Société d'assurance inc. tous les Relevés de prestations. Conservez une copie des factures de soins médicaux, car nous ne vous retournerons pas l'original.

Note – Vous pouvez remplir le formulaire au stylo (en majuscules). Il faut cependant que TOUTES les parties signent et datent l'ORIGINAL avant que vous ne l'envoyiez, en y joignant les factures ORIGINALES, à l'un des bureaux suivants de **SSQ, Société d'assurance inc.** :

1225 rue Saint-Charles ouest, Bureau 200, Longueuil QC J4K 0B9

SSQ Place, 110, avenue Sheppard est, bureau 500, Toronto (Ontario) M2N 6Y8

800 - 6th Avenue S.W., suite 650, Calgary (Alberta) T2P 3G3

Déclaration de l'assuré

Police n°

1. Nom et prénom de l'assuré
2. Date de naissance J M A
3. S'il s'agit d'un mineur, nom et prénom d'un des parents ou du tuteur
4. Profession de l'assuré, outre ses activités sportives
5. Employeur
- Adresse
- Rue
- Ville
- Province
- Code postal
6. Nom de l'équipe
7. Sport
8. Date de l'accident J M A
9. Date du premier traitement J M A
10. Lieu de l'accident
11. L'accident s'est produit pendant une pratique, une partie ou un déplacement autorisés
- Date de départ (de la province de résidence) J M A
- Date de retour (dans la province de résidence) J M A
12. Description de la blessure
13. Description détaillée de l'accident
14. Nom et prénom du médecin traitant
- Adresse
- Rue
- Ville
- Province
- Code postal
15. Nom, prénom et adresse des autres médecins traitants
16. Nom de l'hôpital
17. Date de l'hospitalisation J M A
18. Autres assurances hospitalisation ou maladie Oui Non Nom du régime/police n°

J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements précédents sont exacts et complets.

- Signature du blessé ou, s'il est mineur, d'un des parents ou du tuteur () Téléphone J M A Date
- Adresse
- Rue
- Ville
- Province
- Code postal

Veillez joindre au présent formulaire dûment rempli l'« Autorisation de collecte, d'utilisation et de divulgation de renseignement personnels ».

Déclaration du responsable du club

2. Police n°

1. Nom de l'équipe
2. Police n°
3. Nom de la ligue ou de l'association
4. Sport
5. Date à laquelle le joueur s'est joint à l'équipe J M A
6. Jouait-il de façon régulière au moment de l'accident? Oui Non
7. La blessure s'est-elle produite pendant une activité autorisée? Oui Non
- Dans l'affirmative, il s'agit d'une pratique, d'une partie ou d'un déplacement autorisés

- Signataire autorisé Nom (en majuscules) Titre ou poste officiel
- Adresse
- Rue
- Ville
- Province
- Code postal
- Téléphone () Date J M A

1. Nom du patient
2. Âge
3. Diagnostic de l'affection actuelle
- a) Principal
- b) Secondaire (le cas échéant)
4. Date des examens J M A J M A J M A J M A
5. À votre connaissance :
- a) Quelle est la date de l'accident ou de l'apparition des symptômes? J M A
- b) Le patient a-t-il déjà présenté une affection de cette nature? Oui Non
- Dans l'affirmative, donnez la date et précisez.
6. Nom de l'hôpital, s'il y a lieu
- Date d'admission J M A Heure
- Date de sortie J M A Heure
7. Nature de l'opération, s'il y a lieu
8. Nom du médecin qui vous a adressé le patient
9. Envoi du patient chez un spécialiste Oui Non
- Dans l'affirmative, précisez.
10. Envoi du patient chez un physiothérapeute Oui Non Dans l'affirmative, donnez la date. J M A
- Durée et fréquence du traitement

Nom du médecin (en majuscules)

Signature

Adresse

Rue

Ville

Province

Code postal

Téléphone ()

Date J M A

Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire, les frais étant à sa charge.