

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.

Nota – 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.** :

**2020, rue University, bureau 1800, Montréal (Québec) H3A 2A5
Exchange Tower 130 King Street West 23rd floor, Suite 2350,
PO BOX 160, Toronto Ontario, M5X 1C7**

220 - 12th Avenue S.W., suite 600, Calgary (Alberta) T2R 0E9

Nous n'acceptons pas les copies, les télécopies et les courriels.

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 () J M A
Téléphone 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

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.