

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° _____

- Nom et prénom de l'assuré _____
- Date de naissance J M A _____
- S'il s'agit d'un mineur, nom et prénom d'un des parents ou du tuteur _____
- Profession de l'assuré, outre ses activités sportives _____
- Employeur _____
Adresse _____
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
- Nom de l'équipe _____
- Sport _____
- Date de l'accident J M A _____
- Date du premier traitement J M A _____
- Lieu de l'accident _____
- 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 _____
- Description de la blessure _____
- Description détaillée de l'accident _____
- Nom et prénom du médecin traitant _____
Adresse _____
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
- Nom, prénom et adresse des autres médecins traitants _____
- Nom de l'hôpital _____
- Date de l'hospitalisation J M A _____
- 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 _____

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

Déclaration du responsable du club

- Nom de l'équipe _____
- Police n° _____
- Nom de la ligue ou de l'association _____
- Sport _____
- Date à laquelle le joueur s'est joint à l'équipe J M A _____
- Jouait-il de façon régulière au moment de l'accident? Oui Non
- 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.