

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

Directives. L'assuré doit remplir la « Déclaration du demandeur », le gérant de l'équipe ou l'administrateur, la « Déclaration du responsable du club » et le dentiste traitant, la partie lui étant réservée à la page 2.

Important. L'assuré doit tout d'abord envoyer sa demande à l'assureur de tout autre régime d'assurance maladie complémentaire ou d'assurance soins dentaires; si les frais ne sont pas remboursés intégralement, il fait alors parvenir à SSQ, Société d'assurance inc. tous les Relevés de prestations.

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 au bureau de **SSQ, Société d'assurance inc.** :

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

reclamations.spgroupe@ssq.ca

Télécopieur : 1 855 690-9895

Déclaration du demandeurPolice n° **1PA25**

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. Date de l'accident J _____ M _____ A _____
5. Lieu de l'accident _____
6. Description précise de l'accident _____
7. Lieu de l'activité _____
8. Date des premiers soins dentaires J _____ M _____ A _____
9. Dentiste traitant _____
- Adresse _____
- Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
10. Nom de tous les autres dentistes traitants _____
11. Nom de l'hôpital, s'il y a lieu _____
12. Date de l'hospitalisation J _____ M _____ A _____
13. Autres assurances soins dentaires, peu importe le régime Oui Non
- Nom du régime _____ Assureur _____ Police n° _____
- Si oui, la demande doit être dirigée à cet assureur et vous devez nous retourner leur réponse avec le présent formulaire.

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

Signature du demandeur ou, s'il est mineur, d'un des parents ou du tuteur _____ () _____ J _____ M _____ A _____
Téléphone _____ Date _____

Adresse _____

Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Courriel _____

L'envoi du présent formulaire ou sa réception par la Compagnie n'engage en rien SSQ, Société d'assurance inc. ni ne peut entraîner la dérogation à l'une des conditions contractuelles.

Autorisation du club sportifPolice n° **1PA25**

- Sport pratiqué _____
- 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^{re} partie – Dentiste		Police n° 1PA25
N° unique	Spéc.	Dossier du patient n°
Nom du patient	Nom du dentiste	Je cède au dentiste nommé dans la présente les indemnités payables en vertu de cette demande et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.
Adresse	Adresse	
Téléphone ()	Téléphone ()	
Réservé au dentiste <input type="checkbox"/> Duplicata (renseignements complémentaires sur le diagnostic ou les actes ou autres considérations particulières)		Signature du participant
<input type="checkbox"/> Il se peut que les frais indiqués sur cette demande ne soient pas couverts par le régime auquel je participe ou qu'ils ne soient couverts qu'en partie. Il m'incombe donc de voir à ce que mon dentiste soit rémunéré pour tous les soins rendus. Je reconnais que le total des honoraires s'élève à\$, que ce montant est exact et qu'il m'a été facturé pour les soins reçus. Je consens à ce que tous les renseignements contenus dans la présente demande soient divulgués à l'assureur ou à l'administrateur du régime.		Signature du patient, d'un parent ou du tuteur
		<input type="checkbox"/> Vérification

							Réservé à l'assureur			
Date du traitement (J-M-A)	Code de l'acte	Code int. des dents	Surface des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais	Montant admis	Fréq.	%	Montant payable par le patient
							Chèque n°		Date (J-M-A)	
							Franchise	Paiement du patient	Paiement de l'assureur	
La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions.						Total des honoraires demandés \$	Demande d'indemnisation n°			

2^e partie – Déclaration complémentaire du dentiste

1. Quelle est la nature des dommages?

2. D'autres traitements seront-ils nécessaires? Oui Non Dans l'**affirmative**, précisez ce qui suit :

Code int. des dents	Traitements nécessaires et, si possible, le code de l'acte	Date approximative des traitements (J-M-A)

3. Quelles complications pourraient encore survenir et à quel moment?

4. A) Nombre de dents endommagées B) Étaient-elles toutes saines et entières? Oui Non
 C) Nombre d'obturations parmi ces dents D) Nombre de couronnes parmi ces dents
 E) Nombre de traitements radiculaires parmi ces dents
 F) Si les dents ne sont pas toutes saines et entières, précisez.

Signature du dentiste Numéro de permis de pratique Date J M A