

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, 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 de l'assuré

Police 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. Profession de l'assuré, outre ses activités sportives _____
5. Employeur _____
- Adresse _____
- Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
6. Sport pratiqué _____
7. Date du premier traitement par le médecin ou le thérapeute sportif J _____ M _____ A _____
8. Description de la blessure _____
9. Description détaillée de l'accident et la date de l'événement _____
10. Nom et prénom du médecin traitant ou du thérapeute sportif _____
- Adresse _____
- Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
11. Nom, prénom et adresse des autres médecins traitants _____
12. Nom de l'hôpital _____
13. Date de l'hospitalisation J _____ M _____ A _____
14. Autres assurances hospitalisation privée ou maladie privée Oui Non Nom du régime/police n° _____

Si oui, la demande doit être présentée 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 blessé ou, s'il est mineur, d'un des parents ou du tuteur _____ () _____ J _____ M _____ A _____
Téléphone _____ Date _____

Adresse _____

Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Courriel _____

Autorisation du club sportif

Police n° 1PA25

Sport pratiqué : _____

Signataire autorisé _____ Nom (en majuscules) _____ Titre ou poste officiel _____

Adresse _____

Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone () _____ Date J _____ M _____ A _____

(prendre note qu'un physiothérapeute ou un thérapeute sportif peut compléter cette section *)

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. Avez-vous référé le patient à un spécialiste ou thérapeute? Oui Non Dans l'affirmative, donnez la date. J M A
Dans l'affirmative, précisez le type de traitement, la durée et la fréquence. _____

Nom du médecin ou thérapeute (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.

*** Déclaration du médecin traitant**

- Cette section peut être complétée et signée par un physiothérapeute dûment enregistré ou un thérapeute sportif certifié et membre de l'Association Canadienne des Thérapeutes Sportifs uniquement pour les traitements de : physiothérapie, thérapie sportive et/ou massage thérapeutique.
- Tous autres traitements couverts par la présente assurance requièrent que la section Déclaration du médecin traitant soit signée par un médecin.