

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

Important. Les assurés du Québec, du Nouveau-Brunswick, de l'Ontario, de l'Alberta, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique peuvent soumettre directement leurs demandes de règlement à SSQ, Société d'assurance Inc. Ailleurs, il faut joindre à la demande le relevé de prestations du régime provincial d'assurance maladie et de tout autre assureur - ou l'avis de refus - ainsi que l'ORIGINAL des factures de soins médicaux (dates et description des soins reçus).

Il est essentiel de répondre intégralement au questionnaire. Inscrivez « s.o. » (sans objet) à toute rubrique ne s'appliquant pas.

Nota. Vous pouvez remplir le formulaire au stylo (en majuscules) ou en ligne. 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 ou reclamations.spgroupe@ssq.ca

Déclaration de l'assuré

1. Nom et prénom du demandeur _____
2. Date de naissance J M A _____
3. Police n° _____
4. Nom du demandeur réclamant pour l'assuré _____
5. Signature du demandeur _____
6. Date de naissance J M A _____
7. À remplir par l'employé assuré qui fait une demande au nom d'un enfant à charge (un formulaire par enfant)
L'enfant à charge est-il marié? Oui Non Habite-t-il de façon habituelle chez vous? Oui Non
Fréquente-t-il l'université ou le cégep? Oui Non Nom et adresse de l'établissement d'enseignement

8. Nom du club sportif _____
9. Téléphone () _____
10. Adresse _____
11. Courriel du club sportif _____

Précisions sur la demande de règlement

1. Départ de la province J M A _____
2. Retour dans la province J M A _____
3. Objet de la demande: Blessure Maladie Description du sinistre et lieu de survenance

4. Date de la blessure ou de l'apparition des symptômes J M A _____
5. Lieu de survenance de la blessure ou de l'apparition des symptômes (ville/pays) _____
6. a) Avez-vous déjà présenté une affection de cette nature? Oui Non Dans l'affirmative, précisez.

Demande de règlement - soins d'urgence : hors province ou hors pays (suite)

b) Nom du médecin traitant de l'affection antérieure

Nom Adresse

Diagnostic Période de consultation

Nom Adresse

Diagnostic Période de consultation

7. La présente affection a-t-elle entraîné une hospitalisation? Oui Non Dans l'affirmative, répondez à ce qui suit :

Nom et adresse de l'hôpital

Périodes d'hospitalisation

Du J M A au J M A | Du J M A au J M A

8. Nom et adresse de votre médecin de famille au Canada

Nom Téléphone ()

Adresse

9. Le demandeur est-il couvert par un régime provincial d'assurance maladie? Oui Non Dans la négative, expliquez.

10. Le demandeur a-t-il un autre régime d'assurance maladie? Oui Non Nom et l'adresse de l'assureur

Police n° Nature de l'assurance

Barème des frais

(Veuillez utiliser une autre feuille au besoin.)

Frais acquittés		Nom du prestataire	Date des soins (J-M-A)	Total	Ne rien inscrire	Ne rien inscrire	Acquittés - assurance maladie d'État	Acquittés - autre assureur	Ne rien inscrire
Oui	Non								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Total général									

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

Signature de l'assuré Date J M A

Adresse permanente Téléphone ()

Adresse postale Téléphone ()

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