

**SSQ, Société d'assurance inc.**  
1225 rue Saint-Charles ouest, Bureau 200, Longueuil QC J4K 0B9

**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](mailto:reclamations.spgroupe@ssq.ca)  
Télécopieur : 1 855 690-9895

**Déclaration de l'assuré**Police n° **1PA25**

- 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 \_\_\_\_\_
- Date du premier traitement par le médecin ou le thérapeute sportif J M A \_\_\_\_\_
- Description des blessures \_\_\_\_\_
- Description détaillée des circonstances entourant la blessure et la date de l'événement \_\_\_\_\_
- Nom et prénom du médecin traitant ou du thérapeute sportif \_\_\_\_\_  
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 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 ( ) \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Date J M A \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Courriel \_\_\_\_\_

**Autorisation du club sportif**

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'événement 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 dirigé 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 \_\_\_\_\_

Numéro de permis de pratique \_\_\_\_\_

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.