

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'assuréPolice 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 () Téléphone J M A Date

Adresse

Rue Ville Province Code postal

Courriel

Autorisation du club sportifPolice 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.