

**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.

**Note** – 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, à l'un des bureaux suivants de **SSQ, Société d'assurance inc.** :

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

**SSQ Place, 110, avenue Sheppard est, bureau 500, Toronto (Ontario) M2N 6Y8**

**800 - 6th Avenue S.W., suite 650, Calgary (Alberta) T2P 3G3**

Nous n'acceptons pas les copies, les télécopies et les courriels.

**Déclaration de l'assuré**

**Police 1RP70**

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. Nom de l'équipe ..... 7. Sport .....

8. Date de l'accident J M A ..... 9. Date du premier traitement J M A .....

10. Lieu de l'accident .....

11. L'accident s'est produit pendant une  pratique, une  partie ou un  déplacement autorisés  
Date de départ (de la province de ..... Date de retour (dans la province de .....  
résidence) J M A ..... résidence) J M A .....

12. Description de la blessure .....

13. Description détaillée de l'accident .....

14. Nom et prénom du médecin traitant .....

Adresse .....  
Rue ..... Ville ..... Province ..... Code postal .....

15. Nom, prénom et adresse des autres médecins traitants .....

16. Nom de l'hôpital ..... 17. Date de l'hospitalisation J M A .....

18. Autres assurances hospitalisation ou maladie  Oui  Non Nom du régime/police n° .....

**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 .....

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

**Déclaration du responsable du club**

**2. Police n° 1RP70**

1. Nom de l'équipe ..... 2. Police n° 1RP70 .....

3. Nom de la ligue ou de l'association .....

4. Sport ..... 5. Date à laquelle le joueur s'est joint à l'équipe J M A .....

6. Jouait-il de façon régulière au moment de l'accident?  Oui  Non

7. 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 .....

**Déclaration du médecin traitant**

Page 2

Police n° 1RP70

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. Envoi du patient chez un spécialiste  Oui  Non  
Dans l'affirmative, précisez. ....  
.....
10. Envoi du patient chez un physiothérapeute  Oui  Non Dans l'affirmative, donnez la date. J M A  
Durée et fréquence du traitement .....

Nom du médecin (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.*