

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

Directives. L'assuré remplit la « Déclaration de l'assuré », l'employeur ou le contractant l'attestation lui étant réservée et le médecin la « Déclaration du médecin traitant » à la page 2.

Important. La demande est d'abord soumise à l'Assureur de tout autre régime d'assurance maladie. Si les frais ne sont pas remboursés intégralement, on fait alors parvenir à SSQ, Société d'assurance inc. tous les Relevés de prestations.

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 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

Déclaration de l'assuré

Police n° _____

1. Nom et prénom de l'assuré _____ 2. Date de naissance J M A _____
3. Nom et prénom du demandeur _____ 4. Lien par rapport à l'assuré _____
5. Date de naissance J M A _____ 6. S'il est mineur, nom et prénom d'un des parents ou du tuteur _____
7. Résident canadien Oui Non 8. Êtes-vous couvert par un régime provincial d'assurance maladie? Oui Non
9. Date de l'accident J M A _____ 10. Nature de la blessure _____
11. Description détaillée de l'accident _____
12. Nom et prénom du médecin traitant _____ 13. Date du premier traitement J M A _____
14. Adresse _____
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
15. Avez-vous déjà été victime d'une blessure semblable ou de même nature? Oui Non Date J M A _____
16. Nom et prénom du médecin traitant _____
17. Adresse _____
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
18. Hospitalisation : Oui Non Période d'hospitalisation : Du J M A _____ au J M A _____
19. Nom et adresse de l'hôpital _____
20. Demande auprès de la CSST/CAT (Commission des accidents du travail) Oui Non
21. Autres régimes d'assurance (maladie, hospitalisation, soins dentaires) Oui Non
22. Nom et adresse de l'assureur _____
23. Nom du régime et numéro de police _____

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

Signature (père, mère ou tuteur si l'assuré est mineur) _____ () J M A _____
Téléphone _____ Date _____

Adresse _____
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

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

Attestation de l'employeur ou du

1. Profession de l'assuré _____
2. Date d'effet de l'assurance de l'employé ou du membre J M A _____
3. Veuillez préciser les activités ou les tâches de l'assuré au moment où s'est produite la blessure.

4. Nom de l'employeur ou du contractant _____ Téléphone () _____
5. Adresse _____
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
- Signataire autorisé _____ Nom (en majuscules) _____ Titre ou poste officiel _____

Déclaration du médecin traitant

Police n° _____

1. Nom du patient _____ 2. Âge _____

3. Diagnostic de l'affection actuelle _____

a) Principal _____

b) Secondaire, s'il y a lieu _____

4. Date des examens 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 _____

Admission J M A Heure _____

Sortie J M A Heure _____

7. Nature de l'opération, s'il y a lieu _____

Date de l'opération J M A

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

Date J M A Fréquence et durée des traitements : _____

11. Remarques supplémentaires _____

Nom du médecin
(en majuscules) _____

Signature du médecin _____

Adresse _____
Rue Ville Province Code postal

Téléphone () _____ Date J M A

Par la présente, j'autorise la divulgation à l'assureur et au contractant de tous les renseignements nécessaires à l'étude de la demande de règlement.

Signature du patient _____

Date J M A

Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire, les frais étant à sa charge.