

1. Déclaration du demandeur**1.1 Police :** _____ **1.2 Certificat** (si connu) : _____1.3 Nom de l'assuré : _____ 1.4 Date de naissance : | A | A | A | A | M | M | J | J |
Prénom Nom de famille1.5 L'assuré est-il résident canadien ? Oui Non

1.6 S'il est mineur, nom et prénom d'un parent ou tuteur : _____

1.7 Adresse : _____ Code postal | | | | |
Rue Ville Province

1.8 Courriel (du parent si mineur) : _____

1.9 Nom du conseil ou de la commission scolaire : _____

1.10 Description de l'accident

a) Date de l'accident : | A | A | A | A | M | M | J | J | b) Lieu de l'accident : _____

c) Description de la blessure : _____

d) Description détaillée de l'accident : _____

1.11 Soins reçus

a) Date du premier traitement : | A | A | A | A | M | M | J | J | b) Date du traitement à l'hôpital : | A | A | A | A | M | M | J | J |

c) Nom et prénom du médecin : _____ Téléphone : _____

d) Nom de l'hôpital, s'il y a lieu : _____

1.12 Autres régimes d'assurance (hospitalisation, maladie, soins dentaires) : Oui Non

Nom du régime et numéro de police : _____

Je consens à ce que tout renseignement ou dossier exigé au sujet de la présente demande soit divulgué à l'assureur ou à l'administrateur du régime. Je déclare que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, exacts et complets. Je comprends que les renseignements que j'ai fournis seront utilisés par SSQ, Société d'assurance inc. pour l'administration de mes prestations et pourraient être échangés avec d'autres parties aux strictes fins du règlement de la présente demande. Je suis autorisé(e) par mon conjoint(e) et/ou mes personnes à charge visées par cette demande à divulguer et recevoir de l'information à leur sujet.

Signature (parent ou tuteur si l'assuré est mineur) | A | A | A | A | M | M | J | J |
Date Téléphone**2. Dépôt direct**Complétez l'information suivante si vous souhaitez que le règlement soit versé dans un compte bancaire. **Joignez un chèque portant la mention « Nul ».**_____
N° de banque N° de transit N° de compte**3. Déclaration de l'administration scolaire**

3.1. Nom de l'école : _____

3.2. Adresse : _____ Code postal | | | | |
Rue Ville Province

3.3. Nom de l'administrateur : _____ 3.4. Poste officiel : _____

3.5. Date d'effet de l'assurance de l'élève ou de l'étudiant : | A | A | A | A | M | M | J | J | 3.6. Police : _____

3.7. La blessure s'est-elle produite pendant une activité autorisée? Oui Non_____
Signature de l'administrateur scolaire | A | A | A | A | M | M | J | J |
Date Téléphone

4. Déclaration du médecin traitant

4.1. Nom du patient : _____ 4.2. Date de naissance : | A | A | A | A | M | M | J | J |

4.3. Diagnostic de l'affection actuelle : _____

a) Principal : _____

b) Secondaire (le cas échéant) : _____

4.4. Date des examens : | A | A | A | A | M | M | J | J | | | A | A | A | A | M | M | J | J | | | A | A | A | A | M | M | J | J |

4.5. À votre connaissance :

a) Quelle est la date de l'accident ou de l'apparition des symptômes? | A | A | A | A | M | M | J | J |

b) Le patient a-t-il déjà présenté une affection de cette nature? Oui Non

Dans l'affirmative, donnez la date et précisez : _____

4.6. Nom de l'hôpital, s'il y a lieu : _____

Date d'admission : | A | A | A | A | M | M | J | J | Heure : _____ Date de sortie : | A | A | A | A | M | M | J | J | Heure : _____

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

4.8. Nom du médecin qui vous a adressé le patient : _____

4.9. Orientation du patient vers un spécialiste : Oui Non

Dans l'affirmative, précisez : _____

4.10. Référence du patient en physiothérapie : Oui Non Dans l'affirmative, donnez la date : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Durée et fréquence du traitement : _____

4.11. À votre connaissance, quelle a été ou quelle sera la durée de l'invalidité totale (incapable de fréquenter l'école) du patient?

Du | A | A | A | A | M | M | J | J | Au | A | A | A | A | M | M | J | J | inclusivement

4.12. S'il est toujours invalide, quand le patient pourra-t-il reprendre les cours? | A | A | A | A | M | M | J | J |

En cas d'incertitude, de combien de temps le patient a-t-il encore besoin? _____ semaines supplémentaires

Quelle a été ou quelle sera la durée de l'invalidité partielle (fréquentation de l'école à temps partiel) du patient ?

Du | A | A | A | A | M | M | J | J | Au | A | A | A | A | M | M | J | J | inclusivement

Nom du médecin (en majuscules) : _____

N° permis d'exercer : _____ Omnipraticien Spécialiste Précisez _____

Adresse : _____ Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal | | | | | |

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Signature _____ Date | A | A | A | A | M | M | J | J |

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