

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

2020, rue University, bureau 1800, Montréal (Québec) H3A 2A5

**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 n°

- 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
- Nom de l'équipe
- Sport
- Date de l'accident J M A
- Date du premier traitement J M A
- Lieu de l'accident
- L'accident s'est produit pendant une ☐ pratique, une ☐ partie ou un ☐ déplacement autorisés
Date de départ (de la province de résidence) J M A Date de retour (dans la province de résidence) J M A
- Description de la blessure
- Description détaillée de l'accident
- Nom et prénom du médecin traitant
- 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 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 renseignement personnels ».

Déclaration du responsable du club

2. Police n°

- Nom de l'équipe
- Nom de la ligue ou de l'association
- Sport
- Date à laquelle le joueur s'est joint à l'équipe J M A
- Jouait-il de façon régulière au moment de l'accident? ☐ Oui ☐ Non
- 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
Rue Ville Province Code postal
Téléphone () Date J M A

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.