

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 famille

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

1.6 Adresse de l'assuré : _____ Code postal | | | | | |
(ou du parent/tuteur, si mineur) Rue Ville Province

1.7 Adresse courriel de l'assuré (ou du parent/tuteur, si mineur) : _____

1.8 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 : _____

1.9 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 : _____

1.10 **IMPORTANT** - Veuillez déclarer si vous êtes couvert par un autre régime d'assurance : Oui Non

Nom du régime et numéro de police : _____

Signature (parent ou tuteur si l'assuré est mineur) _____

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-vie 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. J'accepte que toutes les communications relatives à ma demande de prestation me soient acheminées par courriel.

_____| A | A | A | A | M | M | J | J |
Signature (parent ou tuteur si l'assuré est mineur) Date Téléphone

2. Dépôt direct obligatoire

Complétez l'information suivante afin que le règlement soit versé dans un compte bancaire au Canada. **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'établissement scolaire : _____

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

_____| A | A | A | A | M | M | J | J |
Signature de l'administrateur scolaire Date Téléphone

4. Déclaration initiale du médecin traitant

(IMPORTANT : Il n'est pas nécessaire de remplir à nouveau la déclaration du Médecin traitant pour des factures subséquentes à une réclamation déjà en cours, si vous ne réclamez que pour une facture d'ambulance ou pour une réclamation inférieure à 100 \$)

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 |

5. Déclaration complémentaire du dentiste (en cas d'accident aux dents naturelles)

5.1. Quelle est la nature des dommages? _____

5.2. D'autres traitements seront-ils nécessaires? Oui Non Dans l'affirmative, précisez ce qui suit.

Code int. des dents	Traitements nécessaires et, si possible, le code de l'acte	Date approximative des traitements
		A A A A M M J J
		A A A A M M J J
		A A A A M M J J
		A A A A M M J J

5.3. Quelles complications pourraient encore survenir et à quel moment? _____

5.4. a) Nombre de dents endommagées : _____ b) Étaient-elles toutes saines et entières? Oui Non

c) Nombre d'obturations parmi ces dents : _____ d) Nombre de couronnes parmi ces dents : _____

e) Nombre de traitements radiculaires parmi ces dents : _____

f) Si les dents ne sont pas toutes saines et entières, précisez : _____

Nom du dentiste (en majuscules) : _____

N° permis d'exercer : _____

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

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Signature du dentiste

| A | A | A | A | M | M | J | J |
Date

6. Remise de paiement au fournisseur

Par la présente, je **cède** à _____ les indemnités payables en vertu de cette demande, le montant ne pouvant dépasser les frais mentionnés dans le formulaire, et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.

Il se peut que les frais indiqués sur cette demande ne soient pas couverts par le régime auquel je participe ou qu'ils ne soient couverts qu'en partie. Il m'incombe donc de voir à ce que mon dentiste soit rémunéré pour tous les soins rendus. Je reconnais que le total des honoraires s'élève à _____ \$, que ce montant est exact et qu'il m'a été facturé pour les soins reçus. Je consens à ce que tous les renseignements contenus dans la présente demande soient divulgués à l'Assureur ou à l'administrateur du régime.

Signature de l'assuré (parent ou tuteur si l'assuré est mineur)

| A | A | A | A | M | M | J | J |
Date

Téléphone

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