

**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.*