

1. Déclaration du demandeur**1.1 Police :** _____ **1.2 Certificat** (si connu) : _____1.3 Nom et prénom 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. Dentiste

4.1 N° unique : _____ 4.2 Spéc. : _____ 4.3 Dossier du patient n° : _____

4.4

Nom du patient	Nom du dentiste
Adresse	Adresse
Téléphone	Téléphone

Réservé au dentiste Duplicata
(renseignements complémentaires sur le diagnostic ou les actes ou autres considérations particulières)

Date du traitement	Code de l'acte	Code int. des dents	Surface des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais
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						
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						
La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions.				Total des honoraires demandés \$ _____		

5. Déclaration complémentaire du dentiste

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 : _____

Signature du dentiste _____ Date _____

6. Remise de paiement au fournisseur (À remplir par l'adhérent si le chèque est libellé à l'ordre du prestataire de service)

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'adhérent (du parents ou tuteur) _____ Date _____ Téléphone _____