

**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.

**Note** – 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.** :

**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. S'il s'agit d'un mineur, nom et prénom d'un des parents ou du tuteur \_\_\_\_\_
4. Profession de l'assuré, outre ses activités sportives \_\_\_\_\_
5. Employeur \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_
6. Nom de l'équipe \_\_\_\_\_
7. Sport \_\_\_\_\_
8. Date de l'accident J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_
9. Date du premier traitement J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_
10. Lieu de l'accident \_\_\_\_\_
11. 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 \_\_\_\_\_
12. Description de la blessure \_\_\_\_\_
13. Description détaillée de l'accident \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Nom et prénom du médecin traitant \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_
15. Nom, prénom et adresse des autres médecins traitants \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_
17. Date de l'hospitalisation J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_
18. 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 \_\_\_\_\_

**Veuillez joindre au présent formulaire dûment rempli l'« Autorisation de collecte, d'utilisation et de divulgation de renseignements personnels ».**

### Déclaration du responsable du club

2. Police n° \_\_\_\_\_

1. Nom de l'équipe \_\_\_\_\_
3. Nom de la ligue ou de l'association \_\_\_\_\_
4. Sport \_\_\_\_\_
5. Date à laquelle le joueur s'est joint à l'équipe J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_
6. Jouait-il de façon régulière au moment de l'accident?  Oui  Non
7. 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.*