|  |  |
| --- | --- |
| ssq_fr_noir_Word | PREUVE DU SINISTREASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU SPORTSSQ, Société d’assurance inc. |

|  |  |
| --- | --- |
| **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. :**1200, avenue Papineau, 4e étage, Montréal QC H2K 4R5SSQ Place, 110, avenue Sheppard est, bureau 500, Toronto (Ontario) M2N 6Y8800 - 6th Avenue S.W., suite 650, Calgary (Alberta) T2P 3G3Nous n’acceptons pas les copies, les télécopies et les courriels. |
| Déclaration de l’assuré  |  | **Police n°** | **1BH05** |
| 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.** |
|  | (     )      | J    M    A      |
| Signature du blessé ou, s’il est mineur, d’un des parents ou du tuteur | 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 renseignement personnels ».** |
|  |
| Déclaration du responsable du club |  |
| 1. Nom de l’équipe |       | **2. Police n°** |  |
| 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      |
| **Déclaration du médecin traitant** | Page 2 | Police n° |  |
| 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.*