

Bien répondre à toutes les questions, c'est nous aider à mieux vous servir.

Directives. L'assuré doit remplir la « Déclaration du demandeur », le gérant de l'équipe ou l'administrateur, la « Déclaration du responsable du club » et le dentiste traitant, la partie lui étant réservée à la page 2.

Important. L'assuré doit tout d'abord envoyer sa demande à l'assureur de tout autre régime d'assurance maladie complémentaire ou d'assurance soins dentaires; si les frais ne sont pas remboursés intégralement, il 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.** :

2020, rue University, bureau 1800, Montréal (Québec) H3A 2A5
SSQ Place, 110, avenue Sheppard est, bureau 500, Toronto (Ontario) M2N 6Y8
800 - 6th Avenue S.W., suite 650, Calgary (Alberta) T2P 3G3

Nous n'acceptons pas les copies, les télécopies et les courriels.

Déclaration du demandeur

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 du demandeur, 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. Lieu de l'accident _____

10. Description précise de l'accident _____

11. L'accident s'est produit pendant une pratique, une partie ou un déplacement autorisés

12. Lieu de l'activité _____

13. Date des premiers soins dentaires J _____ M _____ A _____

14. Dentiste traitant _____

Adresse _____

Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

15. Nom de tous les autres dentistes traitants _____

16. Nom de l'hôpital, s'il y a lieu _____

17. Date de l'hospitalisation J _____ M _____ A _____

18. Autres assurances soins dentaires, peu importe le régime Oui Non

Nom du régime _____ Assureur _____ Police n° _____

J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements précédents sont exacts et complets.

Signature du demandeur ou, s'il est mineur, d'un des parents ou du tuteur _____ () _____ J _____ M _____ A _____

Téléphone _____ Date _____

Adresse _____

Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

L'envoi ou la réception du présent formulaire n'engage en rien SSQ, Société d'assurance inc. ni ne peut entraîner la dérogation à l'une des conditions contractuelles.

Déclaration du responsable du club

Police n° _____

1. Nom de l'équipe _____

2. Nom de la ligue ou de l'association _____

3. Sport _____

4. Date à laquelle le joueur s'est joint à l'équipe J _____ M _____ A _____

5. Jouait-il de façon régulière au moment de l'accident? Oui Non

6. 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^{re} partie – Dentiste		Police n° _____
N° unique	Spéc.	Dossier du patient n° _____
Nom du patient	Nom du dentiste	Je cède au dentiste nommé dans la présente les indemnités payables en vertu de cette demande et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.
Adresse	Adresse	
Téléphone ()	Téléphone ()	
Réservé au dentiste <input type="checkbox"/> Duplicata (renseignements complémentaires sur le diagnostic ou les actes ou autres considérations particulières)		Signature du participant _____
<input type="checkbox"/> 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 du patient, d'un parent ou du tuteur _____ <input type="checkbox"/> Vérification _____

							Réservé à l'assureur				
Date du traitement (J-M-A)	Code de l'acte	Code int. des dents	Surface des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais	Montant admis	Fréq.	%	Montant payable par le patient	
La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions.							Total des honoraires demandés \$ _____	Demande d'indemnisation n° _____			
							Chèque n° _____		Date (J-M-A) _____		
							Franchise	Paiement du patient	Paiement de l'assureur		

2^e partie – Déclaration complémentaire du dentiste

- Quelle est la nature des dommages? _____
- 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 (J-M-A)
- Quelles complications pourraient encore survenir et à quel moment? _____
- 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 J M A _____