

**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.** :

**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 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 \_\_\_\_\_

<b>1<sup>re</sup> partie – Dentiste</b>		Police n° _____
N° unique	Spéc.	Dossier du patient n° _____
<b>Nom du patient</b>	<b>Nom du dentiste</b>	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 ( )	
<b>Réservé au dentiste</b> <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 _____

							<b>Réservé à l'assureur</b>			
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
							Chèque n° _____		Date (J-M-A) _____	
							Franchise	Paiement du patient	Paiement de l'assureur	
La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions.							<b>Total des honoraires demandés</b> \$ _____		Demande d'indemnisation n° _____	

**2<sup>e</sup> 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 \_\_\_\_\_