

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
							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.				Total des honoraires demandés			Demande d'indemnisation n° _____			
				\$ _____						

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 _____