

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

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

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