

1. DÉCLARATION DU DEMANDEUR

1.1 Police _____ 1.2 Certificat (si connu) _____

1.3 Nom et prénom de l'assuré _____ 1.4 Date de naissance J M A _____

1.5 L'assuré est-il résident canadien ? Oui Non

1.6 S'il est mineur, nom et prénom d'un parent ou tuteur _____

1.7 Adresse _____
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

1.8 Courriel (du parent si mineur) _____

1.9 Nom du conseil ou de la commission scolaire _____

1.10 Date de l'accident J M A _____ 1.11 Lieu de l'accident _____

1.12 Description de la blessure _____

1.13 Description détaillée de l'accident _____

1.14 Date du premier traitement J M A _____ 1.15 Date du traitement à l'hôpital J M A _____

1.16 Nom et prénom du médecin _____ Téléphone () _____

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

1.18 Autres régimes d'assurance (hospitalisation, maladie, soins dentaires) Oui Non

Nom du régime et numéro de police _____

J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements que j'ai fournis seront utilisés par SSQ, Société d'assurance inc. pour l'administration de mes prestations et pourraient être échangés avec d'autres parties aux strictes fins du règlement de la présente demande. Je suis autorisé(e) par mon conjoint ou par ma conjointe et/ou mes personnes à charge visées par cette demande à divulguer et recevoir de l'information à leur sujet.

Signature (parent ou tuteur si l'assuré est mineur) _____ Date J M A _____ Téléphone () _____

2. DÉPÔT DIRECT

Complétez l'information suivante si vous souhaitez que le règlement soit versé dans un compte bancaire au Canada :

N° de banque _____ N° de transit _____ N° de compte _____ Joignez un chèque portant la mention «Nul».

3. DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION SCOLAIRE

3.1. Nom de l'école _____

3.2. Adresse _____
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

3.3. Nom de l'administrateur _____ 3.4. Poste officiel _____

3.5. Date d'effet de l'assurance de l'élève ou de l'étudiant J M A _____ 3.6. Police _____

3.7. La blessure s'est-elle produite pendant une activité autorisée? Oui Non

Signature de l'administrateur scolaire _____ Date J M A _____ Téléphone () _____

4. DENTISTE

(à compléter par le fournisseur)

Police n° _____

N° unique	_____	Spéc.	_____	Dossier du patient n° _____		
Nom du patient		Nom du dentiste		Réservé au dentiste <input type="checkbox"/> Duplicata (renseignements complémentaires sur le diagnostic ou les actes ou autres considérations particulières)		
Adresse		Adresse				
Téléphone () _____		Téléphone () _____				

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
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions.	Total des honoraires demandés	_____
--	-------------------------------	-------

5. DÉCLARATION COMPLÉMENTAIRE DU DENTISTE

5.1. Quelle est la nature des dommages? _____

5.2. 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)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

5.3. Quelles complications pourraient encore survenir et à quel moment? _____

- 5.4. 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 _____

6. REMISE DE PAIEMENT AU FOURNISSEUR

(À remplir par le salarié si le chèque est libellé à l'ordre du prestataire de service)

Par la présente, je **cède** à _____ les indemnités payables en vertu de cette demande, le montant ne pouvant dépasser les frais mentionnés dans le formulaire, et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.

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 salarié assuré (du parents ou tuteur) _____ Date J _____ M _____ A _____ Téléphone () _____