

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.

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. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Police n°

- 4.1. Nom du patient
- 4.2. Date de naissance J M A
- 4.3. Diagnostic de l'affection actuelle
- a) Principal
- b) Secondaire (le cas échéant)
- 4.4. Date des examens J M A | J M A | J M A
- 4.5. À votre connaissance :
- a) Quelle est la date de l'accident ou de l'apparition des symptômes? J M A
- b) Le patient a-t-il déjà présenté une affection de cette nature? Oui Non
- Dans l'affirmative, donnez la date et précisez.
- 4.6. Nom de l'hôpital, s'il y a lieu
- Date d'admission J M A Heure
- Date de sortie J M A Heure
- 4.7. Nature de l'opération, s'il y a lieu
- 4.8. Nom du médecin qui vous a adressé le patient
- 4.9. Orientation du patient vers un spécialiste Oui Non
- Dans l'affirmative, précisez.
- 4.10. Référence du patient en physiothérapie Oui Non Dans l'affirmative, donnez la date. J M A
- Durée et fréquence du traitement
- 4.11. À votre connaissance, quelle a été ou quelle sera la durée de l'invalidité totale (incapable de fréquenter l'école) du patient?
- Du J M A Au J M A inclusivement
- 4.12. S'il est toujours invalide, quand le patient pourra-t-il reprendre les cours? J M A
- En cas d'incertitude, de combien de temps le patient a-t-il encore besoin? semaines supplémentaires
- Quelle a été ou quelle sera la durée de l'invalidité partielle (fréquentation de l'école à temps partiel) du patient?
- Du J M A Au J M A inclusivement

Nom du médecin (en majuscules)

N° permis d'exercer : Omnipraticien Spécialiste PrécisezAdresse
Rue Ville Province Code postal

Téléphone () Télécopieur ()

Signature Date J M A

Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire, les frais étant à sa charge.