

**Veillez répondre à toutes les questions – nous vous offrirons ainsi un service de meilleure qualité.**

**Instructions :** L'élève assuré, le parent ou le tuteur doivent compléter la Déclaration du demandeur ; les administrateurs scolaires doivent compléter la Déclaration de l'école ; le médecin traitant doit compléter la Déclaration du médecin traitant. **(Il n'est pas nécessaire de compléter la Déclaration du médecin traitant si la réclamation ne porte que sur le transport par ambulance ou pour une réclamation de 100 \$ ou moins)**

**Important :** Pour les soins dentaires, veuillez compléter le formulaire Assurance-accidents pour élèves : dentaire. Si la personne est assurée par l'entremise d'un autre régime d'assurance-maladie, la réclamation doit être remise à ce régime. Dans l'éventualité d'un solde impayé, veuillez joindre les reçus de paiement. Veuillez conserver une copie des reçus dans vos dossiers puisque les originaux ne seront pas remis.

**Note :** Ce formulaire doit être rempli à l'encre (en majuscules), puis daté et signé par TOUTES les parties. Le formulaire signé original\*, dans son intégralité, doit être renvoyé avec les reçus médicaux originaux à :

**SSQ Insurance Company Inc.**  
**1225 St-Charles Street West, Suite 200**  
**Longueuil QC J4K 0B9**  
**1-855-395-2520**

\* Les reçus et les formulaires de réclamation peuvent être envoyés par courriel à [claims.spgroup@ssq.ca](mailto:claims.spgroup@ssq.ca); toutefois, les requérants doivent conserver les formulaires originaux au cas où la SSQ en aurait besoin à des fins de vérification. Les copies faxées ne sont pas acceptables.

## Déclaration du demandeur

No de police : **1JN25**

1. Nom et prénom de la personne assurée \_\_\_\_\_
2. Date de naissance J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_
3. Dans le cas d'un mineur, inscrire le nom et le prénom du parent ou du tuteur \_\_\_\_\_
- Adresse \_\_\_\_\_  

Rue	Ville	Province	Code postal
-----	-------	----------	-------------
4. La personne blessée est-elle résident canadien ?  Oui  Non  Handicap
5. No de téléphone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
6. Nova Scotia International Student Program (programme des élèves étrangers de la Nouvelle-Écosse)
7. Date de l'accident J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_
8. Où l'accident s'est-il produit ? \_\_\_\_\_
9. Décrire la nature de la blessure \_\_\_\_\_
10. Décrire en détail les circonstances de l'accident \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
11. Indiquer la date de la première consultation médicale J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_
12. Nom et prénom du médecin \_\_\_\_\_ No de téléphone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_  

Rue	Ville	Province	Code postal
-----	-------	----------	-------------
13. Dates du traitement  

À la maison J _____ M _____ A _____	Au bureau J _____ M _____ A _____	À l'hôpital J _____ M _____ A _____
À la maison J _____ M _____ A _____	Au bureau J _____ M _____ A _____	À l'hôpital J _____ M _____ A _____
À la maison J _____ M _____ A _____	Au bureau J _____ M _____ A _____	À l'hôpital J _____ M _____ A _____
14. Nom de l'hôpital, le cas échéant \_\_\_\_\_
15. Date du traitement à l'hôpital J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_
16. Bénéficiez-vous d'une autre assurance médicale ou d'une assurance-hospitalisation ?  Oui  Non  
 Nom du régime / No de police \_\_\_\_\_

## Déclaration de l'école (à compléter par l'administrateur scolaire)

L'option Or

1. Nom du conseil scolaire \_\_\_\_\_
2. Nom de l'école \_\_\_\_\_
3. Adresse complète \_\_\_\_\_  

Rue	Ville	Province	Code postal
-----	-------	----------	-------------
4. Date d'entrée en vigueur de la couverture J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ (1<sup>er</sup> jour de la présente année scolaire)
5. Une activité approuvée par l'école?  Oui  Non

Signature du représentant de l'école

Nom en lettres moulées

Occupation / Titre

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Téléphone

J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_  
 Date

**\*Nova Scotia International Student Program (programme des élèves étrangers de la Nouvelle-Écosse):** Les élèves doivent joindre un accord de tutelle notarié pour que la demande de règlement puisse être traitée.

**J'autorise SSQ, Société d'assurance inc. et ses mandataires à faire la collecte, à utiliser et à divulguer des renseignements personnels me concernant moi et mes enfants à charge. L'obtention ou la divulgation desdits renseignements s'effectue, comme l'autorise la loi, auprès des personnes physiques et morales :**

- Tout médecin ou professionnel de la santé dûment qualifié et tout établissement de santé (hôpital, clinique, etc.) agréé;
- Toute compagnie d'assurance et de réassurance ainsi que tout établissement financier;
- Quiconque dispose de renseignements utiles à l'étude de la demande de règlement;
- Tout prestataire de service (information, assurance) servant d'intermédiaire à SSQ, Société d'assurance inc. ou à qui celle-ci fait appel.
- 

La présente Autorisation permet à SSQ, Société d'assurance inc. d'atteindre les objectifs suivants :

- Rester en communication avec moi ;
- Faire preuve de prudence dans l'appréciation des risques collectifs;
- Étudier les demandes de règlement et effectuer le paiement des indemnités;
- Déceler et prévenir la fraude;
- Proposer des produits et services répondant à mes besoins;
- Réunir les données statistiques en matière de sinistre d'assurance;
- Respecter la loi.

Les renseignements personnels ainsi obtenus sont versés à un dossier relatif à l'assurance contre les accidents et la maladie se trouvant dans les bureaux de SSQ, Société d'assurance inc. L'accès au dossier est réservé aux employés responsables de l'atteinte des objectifs mentionnés ci-dessus. Je sais que je peux prendre connaissance des renseignements s'y trouvant et faire faire les corrections qui si j'en fais la demande par écrit au :

**Responsable de la protection des renseignements personnels**  
**SSQ, Société d'assurance inc.**  
**1200, avenue Papineau, local 460**  
**Montreal (Québec) H2K 4R5**

L'Autorisation est valide tant et aussi longtemps que SSQ, Société d'assurance inc. n'a pas atteint les objectifs mentionnés ci-dessus. Je peux en tout temps remettre à SSQ, Société d'assurance inc. un avis par écrit de retrait de l'Autorisation, sachant qu'elle pourrait fort bien ne pas être en mesure de me fournir le produit ou les service demandé.

Toute copie de l'Autorisation est aussi valide que l'original.

\_\_\_\_\_  
**Signature de la personne assurée**  
 (ou signature d'un parent ou tuteur dans le cas d'un mineur)

( ) \_\_\_\_\_  
**Téléphone**

J      M      A  
 \_\_\_\_\_  
**Date**

**Déclaration du médecin traitant (Ne pas remplir si la réclamation qui ne porte que sur le transport par ambulance ou pour une réclamation de 100 \$ ou moins)**

1. Nom du patient \_\_\_\_\_ 2. Date de naissance du patient J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

3. Diagnostic de la condition actuelle \_\_\_\_\_

(a) Primaire \_\_\_\_\_

(b) Secondaire (le cas échéant) \_\_\_\_\_

4. Quand avez-vous examiné le patient ? J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

5. Au mieux de ma connaissance

(a) Apparition des symptômes ou date de l'accident J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

(b) Le patient a-t-il déjà souffert de cette condition ou d'une condition semblable ?  Oui  Non

Si vous avez répondu «Oui», veuillez préciser \_\_\_\_\_

6. Pour un traitement à l'hôpital, indiquer le nom de l'hôpital \_\_\_\_\_

Date d'admission J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ AM/PM

Date de sortie J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ AM/PM

7. Pour une chirurgie, veuillez décrire \_\_\_\_\_

8. Dans le cas d'un transfert, indiquer le nom du médecin traitant \_\_\_\_\_

9. Avez-vous transféré le patient à un spécialiste pour des traitements additionnels ?  Oui  Non

Si vous avez répondu «Oui», veuillez préciser \_\_\_\_\_

10. Avez-vous transféré le patient pour des traitements de physiothérapie ? Oui  Non

Si vous avez répondu «Oui», veuillez indiquer la date du transfert J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Fréquence et durée des traitements de physiothérapie \_\_\_\_\_

11. Au mieux de ma connaissance, le patient a été totalement frappé d'incapacité (ne pouvait se rendre à l'école)

Du J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ au J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ inclusivement

12. Si le patient est toujours frappé d'incapacité, quelle est la date prévue pour le retour à l'école ? J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Ou, pour une période indéterminée, dans combien de semaines prévoyez-vous le retour à l'école ? \_\_\_\_\_ semaines additionnelles

Pendant combien de temps de patient a-t-il été ou sera-t-il frappé d'incapacité partielle (peut fréquenter l'école à temps partiel)?

Du J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ au J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ inclusivement

Nom du médecin (en lettres moulées) \_\_\_\_\_ Signature du médecin \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**The patient est responsable de faire remplir ce formulaire et de tous les frais afférents.**