

### 1. DÉCLARATION DU DEMANDEUR

1.1 Police 1JN25 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 1.5A. La personne blessée est-elle un étudiant étranger de la Nouvelle-Écosse (NSISP)? \_\_\_\_\_  
1.5B. La personne blessée est-elle membre du régime Or? \_\_\_\_\_

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 1JN25

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° 1JN25

N° unique		Spéc.		Dossier du patient n°		
Nom du patient		Nom du dentiste		<b>Réservé au dentiste</b> <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 .....

Les questions B; C; D et E concernent l'avant-accident

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 ( )