|  |  |
| --- | --- |
| ssq_fr_noir_Word | PREUVE DU SINISTRESOINS DENTAIRES EN CAS D’ACCIDENT DU SPORTSSQ, Société d’assurance inc. |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 formulaireau 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. :**1225 rue Saint-Charles ouest, Bureau 200, Longueuil QC J4K 0B9SSQ Place, 110, avenue Sheppard est, bureau 500, Toronto (Ontario) M2N 6Y8**800 - 6th Avenue S.W., suite 650, Calgary (Alberta) T2P 3G3** |
| Déclaration du demandeur |  | Police no |       |
| 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 no |       |
| **J’atteste que, à ma connaissance, les renseignements précédents sont exacts et complets.** |
|  |  | (     )       |  | J    M    A      |
| Signature du demandeur ou, s’il est mineur, d’un des parents ou du tuteur |  | 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 no |       |
| 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      |
| Preuve du sinistre – soins dentaires en cas d’accident du sport | Page 2 |
| 1re partie – Dentiste |  | **Police no** |  |
| No unique      | Spéc.      | Dossier du patient no      |
| Nom du patient     Adresse  | Nom du dentiste     Adresse  | 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. Signature du participant |
|                 |                 |
| Téléphone | (     )       | Téléphone | (     )       |
| Réservé au dentiste [ ]  Duplicata(renseignements complémentaires sur le diagnosticou les actes ou autres considérations particulières)      | 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[ ]  Vérification |
|  | **Réservé à l’assureur** |
| 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 |
|       |       |      |       |       |       |  |  |  |  |  |
|       |       |      |       |       |       |  |  |  |  |  |
|       |       |      |       |       |       |  |  |  |  |  |
|       |       |      |       |       |       |  |  |  |  |  |
|       |       |      |       |       |       |  |  |  |  |  |
|       |       |      |       |       |       |  | Chèque no | Date (J-M-A) |
|       |       |      |       |       |       |  |  |  |
|       |       |      |       |       |       |  | Franchise | Paiementdu patient | Paiementde l’assureur |
|       |       |      |       |       |       |  |  |  |  |
| La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions. | Total des honoraires demandés       $ | Demande d’indemnisation no  |
| **2e partie – Déclaration complémentaire du dentiste** |  |
| 1.  | Quelle est la nature des dommages? |       |
|  |       |
| 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) |
|  |       |       |       |
|  |       |       |       |
|  |       |       |       |
|  |       |       |       |
| 3.  | Quelles complications pourraient encore survenir et à quel moment? |       |
|  |       |
| 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      |