



# Formulaire de réclamation Assurance SSQ – Police 1SS60

## INFORMATIONS DU MEMBRE NBHPA

Prénom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

#Passeport NBHPA \_\_\_\_\_

## DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

Date de l'incident \_\_\_\_\_

Lieu de l'incident \_\_\_\_\_

Description détaillée de  
l'événement et de la blessure \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Prénom et nom en lettre moulée de l'arbitre :

Signature de l'arbitre témoin :

Prénom et nom en lettre moulée d'un deuxième témoin :

Signature du deuxième témoin :

Signature du réclamant et membre NBHPA:

**\*\*\*SVP joindre le formulaire de réclamation SSQ ainsi que votre prescription du médecin et la facture de votre réclamation à ce formulaire. Obligatoire afin que l'assureur traite la demande. Faire parvenir le tout à l'adresse de l'assureur : SSQ Assurances.**