

Bien répondre à toutes les questions, c'est nous aider à mieux vous servir.

**Important.** Les assurés du Québec, du Nouveau-Brunswick, de l'Ontario, de l'Alberta, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique peuvent soumettre directement leurs demandes de règlement à SSQ, Société d'assurance Inc. Ailleurs, il faut joindre à la demande le relevé de prestations du régime provincial d'assurance maladie et de tout autre assureur - ou l'avis de refus - ainsi que l'ORIGINAL des factures de soins médicaux (dates et description des soins reçus).

**Il est essentiel de répondre intégralement au questionnaire. Inscrivez « s.o. » (sans objet) à toute rubrique ne s'appliquant pas.**

**Nota.** Vous pouvez remplir le formulaire au stylo (en majuscules) ou en ligne. Il faut cependant que TOUTES les parties signent et datent l'ORIGINAL avant que vous ne l'envoyiez, en y joignant les factures ORIGINALES, au bureau de **SSQ, Société d'assurance inc. :**

**1200, avenue Papineau, 4e étage, Montréal QC H2K 4R5**

Nous n'acceptons pas les copies, les télécopies et les courriels.

## Déclaration de l'assuré

1. Nom et prénom de l'employé ..... 2. Date de naissance J M A .....
3. Police n° ..... 4. Matricule n° .....
5. Nom du demandeur ..... 6. Lien par rapport à l'employé .....
7. Signature du demandeur ..... 8. Date de naissance J M A .....
9. À remplir par l'employé assuré qui fait une demande au nom d'un enfant à charge (un formulaire par enfant)  
L'enfant à charge est-il marié?  Oui  Non Habite-t-il de façon habituelle chez vous?  Oui  Non  
Fréquente-t-il l'université ou le cégep?  Oui  Non Nom et adresse de l'établissement d'enseignement  
.....
10. Nom de l'employeur ..... 11. Téléphone ( ) .....
12. Adresse de l'employeur .....

## Précisions sur la demande de règlement

1. Les frais ont-ils été engagés lors d'un déplacement professionnel?  Oui  Non
2. Départ de la province J M A ..... 3. Retour dans la province J M A .....
4. Objet de la demande:  Blessure  Maladie ..... Description du sinistre et lieu de survenance  
.....  
.....
5. Date de la blessure ou de l'apparition des symptômes J M A .....
6. Lieu de survenance de la blessure ou de l'apparition des symptômes (ville/pays) .....
7. a) Avez-vous déjà présenté une affection de cette nature?  Oui  Non Dans l'affirmative, précisez.  
.....  
.....  
.....

## Demande de règlement - soins d'urgence : hors province ou hors Canada (suite)

b) Nom du médecin traitant de l'affection antérieure

Nom \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Diagnostic \_\_\_\_\_ Période de consultation \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Diagnostic \_\_\_\_\_ Période de consultation \_\_\_\_\_

8. La présente affection a-t-elle entraîné une hospitalisation?  Oui  Non Dans l'affirmative, répondez à ce qui suit :

Nom et adresse de l'hôpital

Périodes d'hospitalisation

Du J M A au J M A || Du J M A au J M A

9. Nom et adresse de votre médecin de famille au Canada

Nom \_\_\_\_\_ Téléphone ( ) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

10. Le demandeur est-il couvert par un régime provincial d'assurance maladie?  Oui  Non Dans la négative, expliquez.

11. Le demandeur a-t-il un autre régime d'assurance maladie?  Oui  Non Nom et l'adresse de l'assureur

Police n° \_\_\_\_\_ Nature de l'assurance \_\_\_\_\_

### Barème des frais

(Veuillez utiliser une autre feuille au besoin.)

Frais acquittés		Nom du prestataire	Date des soins (J-M-A)	Total	Ne rien inscrire	Ne rien inscrire	Acquittés - assurance maladie d'État	Acquittés - autre assureur	Ne rien inscrire
Oui	Non								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<b>Total général</b>									

**J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements précédents sont exacts et complets.**

Signature de l'assuré \_\_\_\_\_ Date J M A \_\_\_\_\_

Adresse permanente \_\_\_\_\_ Téléphone ( ) \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_ Téléphone ( ) \_\_\_\_\_

**Veuillez joindre au présent formulaire dûment rempli  
l'« Autorisation de collecte, d'utilisation et de divulgation de renseignements personnels ».**