



Demande de renseignements supplémentaires : accident aux dents naturelles

---

### À remplir par l'assuré

N° de certificat SSQ de l'adhérent			
Nom		Prénom	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	N° de téléphone

Patient : \_\_\_\_\_(personne accidentée)

Date de naissance : | A | A | A | A | | M | M | J | J | (de la personne accidentée)

Le traitement est-il requis suite à un accident de véhicule automobile ? Oui Non

Le traitement est-il requis suite à un accident de travail ? Oui Non

Le traitement est-il requis suite à un accident lors d'un voyage ? Oui Non

La date et les circonstances exactes de l'accident :

---

---

---

---

---

### Les informations suivantes devront être fournies par votre dentiste

Fournir les radiographies avant (consultez votre dentiste régulier si nécessaire) et après l'accident

Date des radiographies avant l'accident : \_\_\_\_\_

Date des radiographies après l'accident : \_\_\_\_\_

Commentaires concernant les radiographies (s'il y a lieu)

---

---

---

Les numéros des dents impliquées lors de l'accident :

---

---

La condition des dents avant l'accident :

---

---

---

---

La condition des dents après l'accident :

---

---

---

Les traitements exécutés en rapport avec cet accident (svp joindre la réclamation originale avec cette lettre) :

---

---

---

Les traitements planifiés en rapport avec cet accident (svp joindre le plan de traitement avec cette lettre) :

---

---

---

Autres commentaires pertinents :

---

---

---

---

Signature du dentiste

| A A A A | M M | J J |

Date

**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-vie inc. pour l'administration de mes prestations et pourraient être échangés avec d'autres parties aux stricts fins du règlement de la présente demande. Je suis autorisé(e) par mon conjoint et/ou mes personnes à charge visées par cette demande à divulguer et recevoir de l'information à leur sujet.**

**Signature de l'adhérent :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## IMPORTANT

- Envoyez les originaux de vos factures et conservez des copies pour vos dossiers. Les originaux ne vous seront pas retournés.

Pour tout renseignement supplémentaire, nous vous invitons à communiquer avec notre service à la clientèle en composant sans frais le 1 877 651-8080. Veuillez nous retourner cette lettre avec votre réponse ainsi qu'une demande de prestations ou d'évaluation dûment remplie, s'il y a lieu.

Noter que toutes réclamations de soins dentaires accidentels doivent nous être acheminées par courrier à l'adresse suivante :

Gestion de l'assurance santé – Prestations

C.P. 10500, succursale Sainte-Foy

Québec (Québec) G1V 4H6

Assurance collective

SSQ, Société d'assurance-vie inc.

Édifice SSQ, 2525, boulevard Laurier, C.P. 10500, succursale

Sainte-Foy, Québec QC G1V 4H6

ssq.ca