

110, avenue Sheppard Est, bureau 500  
Toronto ON M2N 6Y8  
Télécopieur : 1 866 411-9248

800, 6e Avenue SO, Bureau 650  
Calgary AB T2P 3G3  
Télécopieur : 1 866 411-9248

1225 rue Saint-Charles ouest, Bureau 200  
Longueuil (Québec) J4K 0B9  
reclamations.sp groupe@ssq.ca

**1. Identification de l'adhérent**

- 1.1 Police : \_\_\_\_\_ 1.2 Certificat (si connu) : \_\_\_\_\_ 1.3 Date d'effet de l'assurance : | A | A | A | A | M | M | J | J |
- 1.4 Nom de l'adhérent : \_\_\_\_\_ 1.5 Date de naissance : | A | A | A | A | M | M | J | J |
- Prénom Nom de famille
- 1.6 Adresse : \_\_\_\_\_
- Rue Ville Province Code Postal
- 1.7 Courriel : \_\_\_\_\_
- 1.8 Profession : \_\_\_\_\_ 1.9 Classe/division : \_\_\_\_\_
- 1.10 Capital assuré Capital assuré : **Base** : \_\_\_\_\_ **Additionnel** : \_\_\_\_\_ 1.11 Police additionnelle (si no. différent) : \_\_\_\_\_
- 1.12 Bénéficiaire(s)\* : \_\_\_\_\_ \* Joindre une copie du formulaire de désignation de bénéficiaires.

**2. Identification de l'assuré mutilé ou décédé**

- Adhérent (passer à la question 2.4)  Conjoint  Enfant à charge
- 2.1 Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_ 2.2 Date de naissance : | A | A | A | A | M | M | J | J |
- Prénom Nom de famille
- 2.3 Adresse (si différente de l'adhérent) : \_\_\_\_\_
- Rue Ville Province Code Postal
- 2.4 Date de l'accident : | A | A | A | A | M | M | J | J | 2.5 Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_
- 2.6 Date du sinistre/décès : | A | A | A | A | M | M | J | J |
- 2.7 Nature du sinistre (décès, paralysie, perte de l'usage d'un bras, etc.) : \_\_\_\_\_
- 2.8 Circonstances de l'accident : \_\_\_\_\_
- 2.9 En cas de décès, y a-t-il des survivants? Conjoint :  Oui  Non  Non déclaré / Enfants à charge :  Oui  Non  Non déclaré
- Nom du conjoint : \_\_\_\_\_ Date de naissance : | A | A | A | A | M | M | J | J |
- Nom de chaque enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : | A | A | A | A | M | M | J | J |

**3. Identification de l'employeur/contractant**

- 3.1 Employeur / Contractant : \_\_\_\_\_
- 3.2 Nom et prénom du représentant : \_\_\_\_\_ 3.3 Téléphone : \_\_\_\_\_
- 3.4 Courriel : \_\_\_\_\_

**4. Identification de l'auteur de la déclaration**

- 4.1 Nom et prénom : \_\_\_\_\_
- 4.2 Lien avec l'employé :  Employeur/contractant  Courtier  Assuré  Bénéficiaire  Autre
- 4.3 Courriel : \_\_\_\_\_ 4.4 Téléphone : \_\_\_\_\_
- 4.5 Faire parvenir les formulaires à : \_\_\_\_\_
- 4.6 Adresse : \_\_\_\_\_

Signature de l'auteur de la déclaration

Date

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