

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 |