

## Acciaide Rapport d'assurance accident

Remplir et signer tout acte pertinent  
**Ne pas utiliser de correcteur sur ce formulaire**

No. de Membre :

### Informations de l'assuré(e)

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_

Titulaire (si l'assuré est mineur) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
(#, rue, ville)

N° Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ N° Cellulaire : \_\_\_\_\_

### Déclaration de l'assuré

Date de l'accident (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Description du genre et circonstance de l'accident : ↓

Y a-t-il fracture(s)? OUI  NON

Voulez-vous réclamer pour la rente d'invalidité? \*\*\* OUI  NON

**\*\*\*Pour être admissible à la rente d'invalidité vous devez : être en arrêt de travail plus de 30 jours  
et  
avoir consulté un médecin dans les 48h suivant l'accident**

**Suite à la réception de ce document, le formulaire de réclamation d'assurance à compléter par vous et le médecin,  
vous sera acheminé par la poste**

### SECTION RÉSERVÉ À LA SSJBCQ

Rapport reçu le : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaa)

Visite ou téléphone ou par courriel de : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Prime payée le : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaa)

Ce document a été posté le : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaa)

Rapport traité le : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaa) Par : \_\_\_\_\_

**Acheminer ce document à Kim Gardner :  
Par la poste, par télécopieur : 819 472-7460 ou par courriel : kgardner@ssjbcq.quebec**