

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 : _____ (#, rue, ville)	Code postal : _____
Courriel : _____	N° Téléphone : _____
	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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Voulez-vous réclamer pour la rente d'invalidité? ***	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
***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 SSJB MAURICIE	
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 par courriel, par la poste ou par télécopieur