

SECTION 1 - INFORMATION DE L'ADHÉRENT

| | | | |
|--------------|----------|----------------------|--|
| N° de groupe | | N° de certificat SSQ | |
| Nom | | Prénom | |
| Adresse | | | |
| Ville | Province | Code postal | |

SECTION 2 - DÉCLARATION

Je déclare que les frais annexés ont été engagés pour : Moi-même Conjoint Enfant(s)

S'agit-il de la première déclaration pour une de ces personnes? Non Oui, remplir la section 3

Ces frais sont-ils couverts par une autre assurance? Non Oui, remplir la section 4

Ces frais sont-ils consécutifs à un accident? Non Oui, remplir la section 5

SECTION 3 - À REMPLIR S'IL S'AGIT DE LA PREMIÈRE DEMANDE DE PRESTATIONS POUR VOTRE CONJOINT OU VOTRE(VOS) ENFANT(S)

| Nom | Prénom | Date de naissance (AAAA-MM-JJ) | Sexe | Lien de parenté |
|-----|--------|-----------------------------------|---|--|
| | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant * |
| | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant * |
| | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant * |

* Si votre enfant est célibataire, âgé de moins de 26 ans selon votre contrat et qu'il est étudiant à temps plein, vous devez remplir une déclaration de fréquentation scolaire pour qu'il demeure admissible à vos protections d'assurance à titre d'enfant à charge. Rendez-vous sur le site www.ssq.ca à la section ACCÈS | assurés.

SECTION 4 - À REMPLIR SI LES FRAIS RÉCLAMÉS SONT COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE

| | | |
|---|--|--------------------------------|
| Nom et prénom du détenteur de l'autre contrat d'assurance | Nom de l'assureur | N° de certificat de l'adhérent |
| Type de protection : Familiale <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> | Type de garantie : Médicaments <input type="checkbox"/> Soins dentaires <input type="checkbox"/> Soins visuels <input type="checkbox"/> Autres soins <input type="checkbox"/> | |

SECTION 5 - À REMPLIR SI LES FRAIS SONT CONSÉCUTIFS À UN ACCIDENT

Nom de la personne accidentée : _____

Date de l'accident (AAAA-MM-JJ) : ____/____/____

Type d'accident : travail véhicule motorisé autre _____

SECTION 6 : AUTORISATION

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 strictes 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.
- Si votre demande concerne des services professionnels (chiropraticien, physiothérapeute, etc.), assurez-vous que le reçu indique le nom du patient, la date, la nature et les frais de chaque traitement, le nom du professionnel, son association ainsi que son numéro de permis.
- Assurez-vous de regrouper vos factures par personne.