SSQ Groupe financier

DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE

C.P. 10500, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

SECTION 1

Nº DE CONTRAT ____ – ____ **SEXE** M ☐ F ☐

NOM ET PRÉNOM DE L'ADHÉRENT :

ADRESSE :

VILLE, PROV. :

CODE POSTAL :

PROTECTION : FAMILIALE ☐ INDIVIDUELLE ☐ MONOPARENTALE ☐ COUPLE ☐

IMPORTANT

Complétez ce coupon et attachez-le à votre envoi.
Envoyez uniquement l'original de vos factures acquittées tous les 3 mois.
Celles-ci ne vous étant pas retournées, veuillez conserver les copies.

JE DÉCLARE QUE TOUS LES FRAIS ANNEXÉS ONT ÉTÉ ENGAGÉS POUR :

MOI-MÊME ☐ **MON CONJOINT** ☐ **MES ENFANTS À CHARGE INSCRITS CI-DESSOUS** ☐

Si vos enfants sont aux études à temps plein, vous devez remplir la section 3.

PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE A	M	J

CES FRAIS SONT-ILS COUVERTS PAR UNE **AUTRE ASSURANCE**? NON ☐ OUI* ☐

CES FRAIS SONT-ILS CONSÉCUTIFS À UN **ACCIDENT DE TRAVAIL**? NON ☐ OUI ☐

CES FRAIS SONT-ILS CONSÉCUTIFS À UN **ACCIDENT D'AUTOMOBILE**? NON ☐ OUI ☐

*** SI OUI, REMPLIR LA SECTION 2.**

J'autorise les organismes ou professionnels de la santé concernés à communiquer à SSQ, Société d'assurance-vie inc. les renseignements relatifs à la présente demande de prestations.

DATE _____ NO TÉLÉPHONE _____ SIGNATURE DE L'ADHÉRENT _____

SECTION 2

À REMPLIR SI VOUS DÉTENEZ UNE AUTRE ASSURANCE

NOM ET PRÉNOM DU DÉTENTEUR DU CONTRAT _____

DATE DE NAISSANCE (A M J) _____

NOM DE L'AUTRE ASSUREUR _____

Nº DE CONTRAT _____

PROTECTION

FAMILIALE ☐
INDIVIDUELLE ☐
MONOPARENTALE ☐
COUPLE ☐

SECTION 3

À REMPLIR SI L'ÂGE DE VOTRE ENFANT DÉPASSE LES LIMITES PRÉVUES AU CONTRAT, S'IL EST CÉLIBATAIRE ET S'IL EST AUX ÉTUDES À TEMPS PLEIN

JE DÉCLARE QUE MON ENFANT _____ **, NÉ LE** ____ ____ ____ (A M J),
NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT

EST CÉLIBATAIRE ET FRÉQUENTE L'ÉCOLE SECONDAIRE, LE COLLÈGE OU L'UNIVERSITÉ _____
NOM DE L'INSTITUTION

À TITRE D'ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 20____ **- 20** ____

ET QU'IL SUIT DES COURS EN _____

DATE _____ SIGNATURE DE L'ADHÉRENT _____