

## **DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE**

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

SECTION 1	
N° DE	JE DÉCLARE QUE TOUS LES FRAIS ANNEXÉS ONT ÉTÉ ENGAGÉS POUR :
CONTRAT SEXE F	MOI-MÊME MON CONJOINT MES ENFANTS À CHARGE INSCRITS CI-DESSOUS
NOM ET PRÉNOM DE L'ADHÉRENT :	Si vos enfants sont aux études à temps plein, vous devez remplir la section 3.
	DATE DE NAISSANCE
ADRESSE:	PRÉNOM A M J
VILLE, PROV. :	
CODE POSTAL :	CES FRAIS SONT-ILS COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE? NON OUI* SI OUI, REMPLIR LA
PROTECTION: FAMILIALE   INDIVIDUELLE   MONOPARENTALE   COUPLE	CES FRAIS SONT-ILS CONSÉCUTIFS À UN ACCIDENT DE TRAVAIL? NON OUI SEL IIUN 2:  CES FRAIS SONT-ILS CONSÉCUTIFS À UN ACCIDENT D'AUTOMOBILE? NON OUI
IMPORTANT	J'autorise les organismes ou professionnels de la santé concernés à communiquer à SSQ. Société d'assurance-vie inc.
Complétez ce coupon et attachez-le à votre envoi.	les renseignements relatifs à la présente demande de prestations.
Envoyez uniquement l'original de vos factures acquittées tous les 3 mois.  Celles-ci ne vous étant pas retournées, veuillez conserver les copies.	DATE NO TÉLÉPHONE SIGNATURE DE L'ADHÉRENT
SECTION 2	
À REMPLIR SI VOUS DÉTENEZ UNE AUTRE ASSURANCE	
Α	M J PROTECTION
	FAMILIALE
NOM ET PRÉNOM DU DÉTENTEUR DU CONTRAT DATE	DE NAISSANCE INDIVIDUELLE MONOPARENTALE MONOPARENTALE
NOM DE L'AUTRE ASSUREUR	N° DE CONTRAT 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 LA MANA J
NOM ET PRÉNON	MIDE L'ENFANT A M J
EST CÉLIBATAIRE ET FRÉQUENTE L'ÉCOLE SECONDAIRE, LE COLLÈGE OU L'UNIVER	SITÉ
	NOM DE L'INSTITUTION
À TITRE D'ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 20 20	
ET QU'IL SUIT DES COURS EN	
l .	

FPM666F (2006-10)