DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE

C.P. 10500, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6
P.O. Box #5, Suite 400, 1550-5th Street SW, Calgary (Alberta) T2R 1K3

SECTION 1 - INFORMATION DE L'ADHÉRENT

Nº de groupe	Nº 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

☐ Je désire utiliser mon compte santé pour la portion impayée des frais réclamés

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
			☐ F ☐ H	☐ Conjoint ☐ Enfant *
			☐ F ☐ H	☐ Conjoint ☐ Enfant *
			☐ F ☐ H	☐ Conjoint ☐ Enfant *

* Si votre enfant est célibataire, âgé entre 18 ans et 26 ans 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 _____

Nº de certificat de l'adhérent _____

Type de protection : ☐ Familiale ☐ Individuelle ☐ Monoparentale ☐ Couple

Type de garantie : ☐ Médicaments ☐ Soins dentaires ☐ Soins visuels ☐ Autres soins

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.**