

Ce formulaire doit être utilisé pour réclamer des frais d'assurance maladie (médicaments, soins de professionnels de la santé, soins visuels, etc.)

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

N° de certificat SSQ			
Nom		Prénom	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	N° de téléphone

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 entre 18 et 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 ou aviser votre employeur.

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

	_____ Nom de l'assureur	_____ N° de certificat de l'adhérent
--	----------------------------	---