

SECTION 1

N° DE CONTRAT _____ - _____	SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	JE DÉCLARE QUE TOUS LES FRAIS ANNEXÉS ONT ÉTÉ ENGAGÉS POUR : MOI-MÊME <input type="checkbox"/> MON CONJOINT <input type="checkbox"/> MES ENFANTS À CHARGE INSCRITS CI-DESSOUS <input type="checkbox"/>																
NOM ET PRÉNOM DE L'ADHÉRENT : _____		Si vos enfants sont aux études à temps plein, vous devez remplir la section 3. <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;">PRÉNOM</th> <th colspan="3">DATE DE NAISSANCE</th> </tr> <tr> <th></th> <th>A</th> <th>M</th> <th>J</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE				A	M	J								
PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE																	
	A		M	J														
ADRESSE : _____																		
VILLE, PROV. : _____																		
CODE POSTAL : _____																		
PROTECTION : FAMILIALE <input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE <input type="checkbox"/> MONOPARENTALE <input type="checkbox"/> COUPLE <input type="checkbox"/>		CES FRAIS SONT-ILS COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE? NON <input type="checkbox"/> OUI* <input type="checkbox"/> * SI OUI, REMPLIR LA SECTION 2. CES FRAIS SONT-ILS CONSÉCUTIFS À UN ACCIDENT DE TRAVAIL? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> CES FRAIS SONT-ILS CONSÉCUTIFS À UN ACCIDENT D'AUTOMOBILE? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>																
<p style="text-align: center;">IMPORTANT</p> 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.		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. <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:30%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">DATE</td> <td style="width:30%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">NO TÉLÉPHONE</td> <td style="width:40%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">SIGNATURE DE L'ADHÉRENT</td> </tr> </table>	DATE	NO TÉLÉPHONE	SIGNATURE DE L'ADHÉRENT													
DATE	NO TÉLÉPHONE	SIGNATURE DE L'ADHÉRENT																

SECTION 2

À REMPLIR SI VOUS DÉTENEZ UNE AUTRE ASSURANCE		PROTECTION FAMILIALE <input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE <input type="checkbox"/> MONOPARENTALE <input type="checkbox"/> COUPLE <input type="checkbox"/>									
_____ NOM ET PRÉNOM DU DÉTENTEUR DU CONTRAT	<table style="width:100%; border: none; text-align: center;"> <tr> <td style="width:33%;">A</td> <td style="width:33%;">M</td> <td style="width:33%;">J</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; width:33%;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; width:33%;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; width:33%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">DATE DE NAISSANCE</td> </tr> </table>	A	M	J				DATE DE NAISSANCE			
A	M	J									
DATE DE NAISSANCE											
_____ NOM DE L'AUTRE ASSUREUR	_____ N° DE CONTRAT										

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 _____,	<table style="width:100%; border: none; text-align: center;"> <tr> <td style="width:33%;">A</td> <td style="width:33%;">M</td> <td style="width:33%;">J</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; width:33%;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; width:33%;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; width:33%;"></td> </tr> </table>	A	M	J			
A	M	J					
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 SUIV DES COURS EN _____							
_____ DATE	_____ SIGNATURE DE L'ADHÉRENT						