

1. Déclaration de l'adhérent

- 1.1 **Police** : _____ 1.2 **Certificat** (si connu) : _____
- 1.3 Nom de l'adhérent : _____ 1.4 Date de naissance : | A | A | A | A | M | M | J | J |
Prénom Nom de famille
- 1.5 L'adhérent est-il retraité? Oui Non
- 1.6 Adresse : _____
Rue Ville Province Code postal
- 1.7 Courriel (s'il y a lieu) : _____

À remplir par l'adhérent qui fait une demande au nom d'une personne à charge (un formulaire par personne).

- 1.8 Nom et prénom de la personne à charge _____ Lien par rapport à l'adhérent _____ Date de naissance
| A | A | A | A | M | M | J | J |
- Signature de la personne à charge (si plus de 18 ans) : _____
- 1.9 Si la demande concerne un enfant à charge : L'enfant à charge est-il marié? Oui Non
Habite-t-il de façon habituelle chez vous? Oui Non Fréquente-t-il l'université ou le cégep? Oui Non
Nom et adresse de l'établissement d'enseignement : _____
- 1.10 Le demandeur est-il couvert par un régime provincial d'assurance maladie? Oui Non Dans la négative, expliquez.

- 1.11 Le demandeur a-t-il un autre régime d'assurance maladie? Oui Non Nom et l'adresse de l'assureur : _____

- Police : _____ Nature de l'assurance : _____
- 1.12 Nom de l'employeur : _____ 10. Téléphone : _____
- 1.13 Adresse de l'employeur : _____

2. Autorisation

Je consens à ce que tout renseignement ou dossier exigé au sujet de la présente demande soit divulgué à l'assureur ou à l'administrateur du régime. Je déclare que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, exacts et complets. Je comprends que les renseignements que j'ai fournis seront utilisés par SSQ, Société d'assurance 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(e) 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 | A | A | A | A | M | M | J | J | Téléphone _____

3. Dépôt direct

Complétez l'information suivante si vous souhaitez que le règlement soit versé dans un compte bancaire au **Canada**. Joignez un chèque portant la mention «Nul».

N° de banque _____ N° de transit _____ N° de compte _____

4. Précisions sur la demande de règlement

4.1 Les frais ont-ils été engagés lors d'un déplacement professionnel? Oui Non

4.2 Départ de la province : | | | 4.3 Retour dans la province : | | |

4.4 Objet de la demande : Blessure Maladie Description du sinistre et lieu de survenance : _____

4.5 Date de la blessure ou de l'apparition des symptômes : | | |

4.6 Lieu de survenance de la blessure ou de l'apparition des symptômes (ville/pays) : _____

4.7 Avez-vous déjà présenté une affection de cette nature? Oui Non Si oui, période : _____

Dans l'affirmative, précisez. _____

4.8 La présente affection a-t-elle entraîné une hospitalisation? Oui Non Dans l'affirmative, répondez à ce qui suit :

Nom et adresse de l'hôpital : _____

Périodes d'hospitalisation :

Du | au | | Du | au |

4.9 Nom et adresse de votre médecin de famille au Canada.

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

5. Liste des frais (Utilisez une autre feuille au besoin)

Important – Joindre l'original de vos factures (Conserver une copie car elles ne vous seront pas retournées)

Date des soins	Soins réclamés	Nom du prestataire de service	Total	Pays et devise	Frais acquittés		Acquittés assurance maladie d'État	Acquittés autre assureur
					Oui	Non		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Total général								

6. Remise de paiement au fournisseur (À remplir par l'adhérent si le chèque doit être libellé à l'ordre du prestataire de service)

Par la présente, je cède à _____ les prestations qui me sont versées, le montant ne pouvant dépasser les frais mentionnés dans le formulaire. Il est entendu que j'assume la responsabilité financière des frais non couverts par la cession. J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements donnés ici sont exacts et complets.

Signature de l'adhérent

| | |
Date

Téléphone