

## SECTION 1 - IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE CERTIFICAT		
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM
ADRESSE		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

## SECTION 2 – IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et prénom du patient : \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec l'adhérent : \_\_\_\_\_

## SECTION 3 – IDENTIFICATION POUR LE PAIEMENT

Je \_\_\_\_\_, par la présente, demande à SSQ, Société d'assurance-vie inc. de céder en entier

à \_\_\_\_\_ tous les montants qui me sont dus en rapport à la couverture qui s'applique

pour l'achat de \_\_\_\_\_. Le paiement direct de mes prestations d'assurance

remboursées selon les pourcentages et limites prévus à mon contrat doit être expédié à :

\_\_\_\_\_  
NOM DE LA COMPAGNIE

\_\_\_\_\_  
ADRESSE COMPLÈTE

\_\_\_\_\_  
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

## SECTION 4 – AUTORISATION

Je comprends qu'en signant ce formulaire de cession de prestations d'assurance, le montant remboursé sera remis directement à la compagnie identifiée à la section 3. Je comprends que je serai financièrement responsable de tout montant non remboursé par la compagnie d'assurance. J'autorise ma compagnie d'assurance à divulguer à cette compagnie toute l'information nécessaire au traitement de la demande de prestations. Je comprends que la facture originale accompagnée d'une copie de la prescription reçue de mon médecin traitant ainsi que le présent formulaire dûment complété seront transmis à SSQ, Société d'assurance-vie inc.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE L'ADHERENT

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU PATIENT OU DU PARENT / TUTEUR (si âgé de moins de 18 ans)

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
LIEN DE PARENTÉ AVEC LE PATIENT SI PARENT OU TUTEUR