

110, avenue Sheppard est, bureau 500,
Toronto ON M2N 6Y8
Télécopieur : 1 866 411-9248

800, 6^e Avenue SO, suite 650
Calgary AB T2P 3G3
Télécopieur : 1 866 411-9248

1225 rue Saint-Charles ouest, Bureau 200
Longueuil (Québec) J4K 0B9
reclamations.spgroupe@ssq.ca

1. Identification de l'adhérent

- 1.1 Police : _____ 1.2 Certificat (si connu) : _____ 1.3 Date d'effet de l'assurance : | A | A | A | A | M | M | J | J |
- 1.4 Nom de l'adhérent : _____ 1.5 Date de naissance : | A | A | A | A | M | M | J | J |
Prénom Nom de famille
- 1.6 Adresse : _____
Rue Ville Province Code Postal
- 1.7 Courriel : _____
- 1.8 Profession : _____ 1.9 Classe/division : _____
- 1.10 Capital assuré : **Base** : _____ **Additionnel** : _____ 1.11 Police additionnelle (si no. différent) : _____

2. Identification de l'assuré atteint d'une maladie grave

- Adhérent (passer à la question 2.4) Conjoint Enfant à charge
- 2.1 Nom de l'assuré : _____ 2.2 Date de naissance : | A | A | A | A | M | M | J | J |
Prénom Nom de famille
- 2.3 Adresse (si différente de l'adhérent) : _____
Rue Ville Province Code Postal
- 2.4 Date du diagnostic : | A | A | A | A | M | M | J | J |
- 2.5 Nature du sinistre (cancer, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, etc.) : _____

3. Identification de l'employeur/contractant

- 3.1 Employeur / Contractant : _____
- 3.2 Nom et prénom du représentant : _____ 3.3 Téléphone : _____
- 3.4 Courriel : _____

4. Identification de l'auteur de la déclaration

- 4.1 Nom et prénom : _____
- 4.2 Lien avec l'employé : Employeur/contractant Courtier Assuré Bénéficiaire Autre
- 4.3 Courriel : _____ 4.4 Téléphone : _____
- 4.5 Faire parvenir les formulaires à : _____
- 4.6 Adresse : _____

Signature de l'auteur de la déclaration

| A | A | A | A | M | M | J | J |
Date