



FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE

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 :
S'agit-il de la première déclaration pour une de ces personnes?
Ces frais sont-ils couverts par une autre assurance?
Ces frais sont-ils consécutifs à un accident?

<input type="checkbox"/> Moi-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant(s)
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, remplir la section 3	
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, remplir la section 4	
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 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 et prénom du détenteur de l'autre contrat d'assurance

Nom de l'assureur

N° de certificat de l'adhérent

Type de protection : Familiale
Individuelle
Monoparentale
Couple

Type de garantie : Médicaments
Soins dentaires
Soins visuels
Autres soins

SECTION 5 - À REMPLIR SI LES FRAIS SONT CONSÉCUTIFS À UN ACCIDENT

Nom de la personne accidentée : _____
Date de l'accident (AAAA-MM-JJ) : ____/____/____
Type d'accident : travail véhicule motorisé autre _____

SECTION 6 : AUTORISATION

J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements que j'ai fournis seront utilisés par SSQ, Société d'assurance-vie 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 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 : ____/____/____

IMPORTANT

- Envoyez les originaux de vos factures et conservez des copies pour vos dossiers. Les originaux ne vous seront pas retournés.
- Si votre demande concerne des services professionnels (chiropraticien, physiothérapeute, etc.), assurez-vous que le reçu indique le nom du patient, la date, la nature et les frais de chaque traitement, le nom du professionnel, son association ainsi que son numéro de permis.
- Assurez-vous de regrouper vos factures par personne.