

1. Déclaration de l'adhérent1.1 **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 Nom et prénom des personnes à charge (s'il y a lieu)	Lien de parenté	Date de naissance
_____	_____	A A A A M M J J
_____	_____	A A A A M M J J
_____	_____	A A A A M M J J
_____	_____	A A A A M M J J

(Utilisez une autre feuille au besoin)

1.6 Nom et adresse de l'établissement post-secondaire que fréquente l'enfant à charge de 21 ans ou plus. Veuillez joindre l'attestation d'inscription.
_____1.7 Adresse au Canada : _____
Rue Ville Province Code postal

1.8 Adresse à l'extérieur du Canada : _____

1.9 Courriel (s'il y a lieu) : _____

1.10 S'il y a lieu, date de départ du lieu d'affectation des Canadiens en poste à l'étranger : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Date présumée du retour du lieu d'affectation : | A | A | A | A | M | M | J | J |

1.11 Êtes-vous admissible aux prestations d'assurance maladie de votre province? Oui NonVos personnes à charge sont-elles admissibles aux prestations d'assurance maladie de votre province? Oui NonAvez-vous un autre régime d'assurance maladie? Oui Non Dans l'affirmative, répondez à ce qui suit.

Nom du ou des membres de la famille admissibles : _____ Lien de parenté : _____

Nom de la compagnie d'assurance : _____

Police : _____ Nature de l'assurance : _____

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| A | A | A | A | M | M | J | J |
Date_____
Téléphone

3. Liste des médicaments et traitements

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

Prénom du demandeur	Indiquez la condition médicale traitée	Soins réclamés : Médicaments (nom et dose), frais dentaires ou autres traitements prescrits	Date de la facture	Prix unitaire	Pays et devise
			A A A A M M J J		
			A A A A M M J J		
			A A A A M M J J		
			A A A A M M J J		
			A A A A M M J J		
			A A A A M M J J		
			A A A A M M J J		
			A A A A M M J J		
			A A A A M M J J		
			A A A A M M J J		
			A A A A M M J J		
			A A A A M M J J		
			A A A A M M J J		
			A A A A M M J J		
			A A A A M M J J		
			A A A A M M J J		

4. Information sur le médecin traitant

Nom de votre médecin traitant : _____ Spécialité : _____

Adresse : _____
Rue Ville Province / Pays Code postal

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

5. 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

Pour un dépôt direct en **devise étrangère**, complétez le formulaire *Autorisation de dépôt direct/ Transfert bancaire*.

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 les renseignements donnés sont à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

Signature de l'adhérent _____ Date | | | | | | | | Téléphone _____