

Le contrat de votre groupe prévoit que tout enfant invalide, quel que soit son âge, est protégé par le certificat avec la protection familiale ou monoparentale s'il remplit les conditions suivantes :

1. être enfant célibataire de l'adhérent;
2. être domicilié avec le père, la mère ou un tuteur légal;
3. être atteint d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée d'une durée indéfinie: (Cette personne ne doit pas recevoir de prestations en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la loi sur le Soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale);
4. être incapable, par suite d'une telle invalidité, de détenir une occupation véritablement rémunératrice.

Si l'enfant était aux études au moment de l'invalidité, bien vouloir nous fournir une attestation d'études émise par l'école fréquentée.

VEUILLEZ RETOURNER CE DOCUMENT LE PLUS TÔT POSSIBLE

ATTESTATION DE L'ADHÉRENT

À REMPLIR PAR L'ADHÉRENT LUI-MÊME

ENFANT	_____	_____	
	nom	prénom	
	Date de naissance : _____	_____	
	année	mois	jour
	Sexe : Masc. <input type="checkbox"/> Fém. <input type="checkbox"/> Étudiant oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, joindre une attestation d'études.		
ADHÉRENT	_____	_____	
	nom	prénom	

	adresse complète		
	_____	_____	
	numéro de téléphone	numéro de contrat	

Cocher toutes les cases qui concernent votre enfant :

J'atteste que l'enfant mentionné ci-dessus :

est mon propre enfant ou celui de mon conjoint;

est célibataire;

est entièrement à ma charge;

reçoit de l'aide sociale;

vit chez ses parents, père, mère ou tuteur légal.

Spécifier l'adresse : _____

vit seul (en appartement ou autre).

Spécifier l'adresse : _____

vit avec conjoint.

Spécifier l'adresse : _____

Date | A | M | J | _____

Signature de l'adhérent

FAIRE REMPLIR LE VERSO PAR VOTRE MÉDECIN

