

**SECTION 1**

N° DE CONTRAT [ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]-[ ][ ]	SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]																
NOM ET PRÉNOM DE L'ADHÉRENT (E) : _____		JE DÉCLARE QUE TOUTS LES FRAIS ANNEXÉS ONT ÉTÉ ENGAGÉS POUR : MOI-MÊME <input type="checkbox"/> MON CONJOINT <input type="checkbox"/> MES ENFANTS À CHARGE INSCRITS CI-DESSOUS <input type="checkbox"/>																
ADRESSE : _____		Si vos enfants sont aux études à temps plein, vous devez remplir la section 3.																
VILLE, PROV. : _____		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4" style="text-align: right;">DATE DE NAISSANCE</th> </tr> <tr> <th style="width: 70%;">PRÉNOM</th> <th style="width: 7.5%;">A</th> <th style="width: 7.5%;">M</th> <th style="width: 7.5%;">J</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DATE DE NAISSANCE				PRÉNOM	A	M	J								
DATE DE NAISSANCE																		
PRÉNOM	A	M	J															
CODE POSTAL : _____		CES FRAIS SONT-ILS COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> SI OUI, REMPLIR LA SECTION 2. CES FRAIS SONT-ILS CONSÉCUTIFS À UN ACCIDENT DE TRAVAIL? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> SECTION 2. CES FRAIS SONT-ILS CONSÉCUTIFS À UN ACCIDENT D'AUTOMOBILE? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>																
PROTECTION : FAMILIALE <input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE <input type="checkbox"/> MONOPARENTALE <input type="checkbox"/> COUPLE <input type="checkbox"/>		J'autorise les organismes ou professionnels de la santé concernés à communiquer à SSQ, Société d'assurance-vie Inc. les renseignements relatifs à la présente demande de prestations.																
<p style="text-align: center;"><b>IMPORTANT</b></p> Complétez ce coupon et attachez-le à votre envoi. Classez ensemble vos factures de médicaments dans l'ordre de la date d'achat. Envoyez uniquement l'original de vos factures acquittées tous les 3 mois. Celles-ci ne vous étant pas retournées, veuillez conserver les copies.		_____ TÉL. _____ DATE _____ SIGNATURE _____																

**SECTION 2**

<b>À REMPLIR SI VOUS DÉTENEZ UNE AUTRE ASSURANCE</b>		<b>PROTECTION</b> FAMILIALE <input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE <input type="checkbox"/> MONOPARENTALE <input type="checkbox"/> COUPLE <input type="checkbox"/>
_____ NOM ET PRÉNOM DU DÉTENTEUR DU CONTRAT	_____ DATE DE NAISSANCE	
_____ NOM DE L'AUTRE ASSUREUR	_____ N° DE CONTRAT	

**SECTION 3**

<b>À REMPLIR SI L'ÂGE DE VOTRE ENFANT DÉPASSE LES LIMITES PRÉVUES AU CONTRAT, S'IL EST CÉLIBATAIRE ET S'IL EST AUX ÉTUDES À TEMPS PLEIN</b>	
JE DÉCLARE QUE MON ENFANT _____ NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT	, NÉ LE [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ] A M J
EST CÉLIBATAIRE ET FRÉQUENTE L'ÉCOLE SECONDAIRE, LE COLLÈGE OU L'UNIVERSITÉ _____ NOM DE L'INSTITUTION	
À TITRE D'ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 20 _____ - 20 _____	
ET QU'IL SUIT DES COURS EN _____	
_____ DATE	_____ SIGNATURE DE L'ADHÉRENT(E)