

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	<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">nom prénom</p> <p>Date de naissance : _____</p> <p style="text-align: center;">année mois jour</p> <p>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.</p>
ADHÉRENT	<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">nom prénom</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">adresse complète</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">numéro de téléphone numéro de contrat</p>

Cocher toutes les cases qui concernent votre enfant :

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> est mon propre enfant ou celui de mon conjoint;
<input type="checkbox"/> est célibataire;
<input type="checkbox"/> est entièrement à ma charge;
<input type="checkbox"/> reçoit de l'aide sociale;
<input type="checkbox"/> vit chez ses parents, père, mère ou tuteur légal.
Spécifier l'adresse : _____
_____ | <input type="checkbox"/> vit seul (en appartement ou autre).
Spécifier l'adresse : _____

<input type="checkbox"/> vit avec conjoint.
Spécifier l'adresse : _____
_____ |
|--|---|

Date | A | M | J | _____

Signature de l'adhérent

FAIRE REMPLIR LE VERSO PAR VOTRE MÉDECIN

IDENTIFICATION DU PATIENT

1- Nom : _____
 Prénom : _____ Date de naissance :

			A				M			J
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

2- Diagnostic(s): _____

3- Date du diagnostic initial: _____

4- Degré de sévérité : Léger Moyen Sévère

5- Y a-t-il? amélioration : Depuis quand :

			A				M			J
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

stabilisation : Depuis quand :

			A				M			J
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

détérioration : Depuis quand :

			A				M			J
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

6- Médication :	Nom	Posologie	Date de prescription											
_____	_____	_____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td>A</td><td> </td><td> </td><td> </td><td>M</td><td> </td><td> </td><td>J</td></tr></table>				A				M			J
			A				M			J				
_____	_____	_____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td>A</td><td> </td><td> </td><td> </td><td>M</td><td> </td><td> </td><td>J</td></tr></table>				A				M			J
			A				M			J				
_____	_____	_____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td>A</td><td> </td><td> </td><td> </td><td>M</td><td> </td><td> </td><td>J</td></tr></table>				A				M			J
			A				M			J				
_____	_____	_____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td>A</td><td> </td><td> </td><td> </td><td>M</td><td> </td><td> </td><td>J</td></tr></table>				A				M			J
			A				M			J				

7- Hospitalisation : Non Oui Du

			A				M			J
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

 Au

			A				M			J
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

8- Y a-t-il eu chirurgie? Non Oui Date :

			A				M			J
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

9- Est-ce que vous traitez régulièrement ce patient? Non Oui Si oui, depuis quand?

			A				M			J
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

10- Date de votre dernière consultation avec ce patient?

			A				M			J
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

11- Fréquence du suivi : _____

12- Le patient a-t-il été évalué par un autre professionnel de la santé? Non Oui

Précisez la spécialité : _____ (Joindre copie du rapport d'évaluation si disponible)

13- Considérez-vous le patient totalement invalide? Non Oui Depuis quand?

			A				M			J
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

14- S'agit-il d'une invalidité Temporaire ou Permanente? Durée probable de l'invalidité? _____

15- Dans le cas d'une déficience fonctionnelle, précisez l'handicap :

- Intellectuel Langage – Parole
 - Psychique Auditive (joindre rapport test d'audition)
 - Organique Visuel (joindre rapport test visuel)
 - Moteur Multiple Précisez : _____
- La déficience est-elle temporaire ou permanente?

16- La condition médicale de votre patient lui permet-il de poursuivre ses études? Non Oui

Si oui, à quelle date pourra-t-il reprendre ses études?

			A				M			J
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

17- Croyez-vous que le patient sera capable d'occuper un travail rémunérateur quelconque dans le futur? Non Oui

Si oui, à quelle date pourra-t-il reprendre ses activités?

			A				M			J
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom : _____ Prénom : _____

Spécialité : _____ N° permis : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

_____ Télécopieur : _____

Date :

			A				M			J
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

 Signature: _____

Retourner le présent formulaire :

Par télécopieur : 418 651-0894
 Sans frais : 1 855 453-3942

Par courrier : Directeur médical
 SSQ, Société d'assurance-vie inc.
 Gestion de l'assurance santé - Prestations
 2525, boulevard Laurier
 C.P. 10500, succursale Sainte-Foy
 Québec, Québec G1V 4H6