

---

---

## 2. Renseignements sur les personnes à charge

---

Conjoint/  
conjointe

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( / / )

Enfants à charge Nom et prénom	Date de naissance ( / / )	Étudiant à temps plein	À remplir dans le cas d'une demande de prestation pour un enfant de plus de 17 ou 20 ans, selon votre contrat d'assurance collective	
			( / / )	( / / )
		<input type="checkbox"/>		

## 3. Frais réclamés

---

Veuillez consulter votre brochure afin de connaître les frais admissibles. Joindre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_