
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"/>		
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		

3. Frais réclamés

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