

Déclaration de l'assuré

(à remplir intégralement par le demandeur)

Police n° **Certificat n°** (si connu)

1. Nom et prénom du salarié assuré Date de naissance J M A

2. Nom et prénom des personnes à charge (s'il y a lieu)	Lien par rapport au salarié assuré	Date de naissance
.....	J <u> </u> M <u> </u> A
.....	J <u> </u> M <u> </u> A
.....	J <u> </u> M <u> </u> A
.....	J <u> </u> M <u> </u> A

(utilisez une autre feuille au besoin)

3. Nom et adresse de l'établissement post-secondaire que fréquente l'enfant à charge de 21 ans ou plus.
 Veuillez joindre l'attestation de l'inscription.

.....

4. Adresse au Canada

Rue Ville Province Code postal

5. Adresse à l'extérieur du Canada

6. Courriel

7. S'il y a lieu, date de départ du lieu d'affectation des Canadiens en poste à l'étranger J M A
 Date présumée du retour au lieu d'affectation J M A

8. Êtes-vous admissibles aux prestations d'assurance maladie de votre province? Oui Non
 Vos personnes à charge sont-elles admissibles aux prestations d'assurance maladie de votre province? Oui Non
 Avez-vous un autre régime d'assurance maladie? Oui Non Dans l'affirmative, répondez à ce qui suit :
 Nom du ou des membres de la famille admissibles Lien par rapport au salarié

Nom de la compagnie d'assurance

Police n° Nature de l'assurance

Dépôt direct

Complétez l'information suivante si vous souhaitez que le règlement soit versé dans un compte bancaire au **Canada** :

N° de banque N° de transit N° de compte Joignez un chèque portant la mention «Nul».

Pour un dépôt direct en devise étrangère, compléter le formulaire *Autorisation de dépôt direct/ Transfert bancaire*

Cession

(À remplir par le salarié si le chèque est libellé à l'ordre du prestataire de service)

Par la présente, je cède à les prestations qui me sont versées, le montant ne pouvant dépasser les frais mentionnés dans le formulaire. Il est entendu que j'assume la responsabilité financière des frais non couverts par la cession. J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements donnés ici sont exacts et complets.

..... J M A ()
 Signature du salarié assuré Date Téléphone

