

Voir adresses au verso.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT	
Numéro d'identification : _____	Numéro de police : _____
Nom de famille : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Ville : _____	Province : _____ Code postal : _____
Numéro de téléphone le jour : _____	Employeur : _____

COORDINATION DES PRESTATIONS		
Parmi les produits et services demandés pour vous ou les personnes à votre charge, certains sont-ils offerts par d'autres assurances collectives, par une commission des accidents du travail ou par un régime gouvernemental? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Dans l'affirmative, répondre aux questions qui suivent :		
Nom de l'autre assureur : _____	Adhérent : _____	
Numéro d'identification : _____	Numéro de police : _____	
Date d'effet : _____	Date de résiliation : _____	
Veillez préciser le type de couverture (✓).		
<input type="checkbox"/> Hôpital	<input type="checkbox"/> Soins de santé complémentaires	
<input type="checkbox"/> Médicaments	<input type="checkbox"/> Protection-voyage	
<input type="checkbox"/> Soins dentaires	<input type="checkbox"/> Soins de la vue	
<input type="checkbox"/> Tous		
Nom de la ou des personnes assurées en vertu de l'autre police	Conjoint(e) / Personne à charge	Date de naissance Jour Mois Année
S'il s'agit d'un étudiant, précisez le nom de l'établissement fréquenté. _____		
Semestre : _____		

AUTRES RENSEIGNEMENTS	
Cette demande fait-elle suite à un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si non, passez à la section « Renseignements sur la demande d'indemnisation ».)	
Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions suivantes :	
- S'agit-il d'un accident de la route?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- S'agit-il d'un accident de travail?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dans l'affirmative, avez-vous informé la commission des accidents du travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non N° de dossier : _____	
Si vous avez répondu oui à ces questions, veuillez répondre aux questions suivantes :	
- Date de l'accident : _____	Lieu de l'accident : _____
Brève description de l'accident : _____	
- Une demande en dommages-intérêts a-t-elle été présentée à un tiers?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dans l'affirmative, veuillez indiquer le numéro de la demande : _____	
- Si non, avez-vous l'intention de présenter une demande à un tiers?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

