

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom de l'employeur/du titulaire de la police		N° de groupe	
Nom de famille de l'employé	Prénom	N° de certificat	
Adresse (N° / Rue / App.)			
Ville	Province	Code postal	Téléphone

Puisque vous avez répondu que vos enfants étaient assurés par un autre régime, veuillez confirmer les détails suivants. Ces renseignements sont nécessaires à l'application des règles de coordination des prestations.

Nom de l'enfant/des enfants : _____

Soins de santé	Soins dentaires
<input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint actuel <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime d'une institution scolaire : <input type="checkbox"/> incluant médicaments <input type="checkbox"/> excluant médicaments	<input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint actuel <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime d'une institution scolaire : <input type="checkbox"/> incluant médicaments <input type="checkbox"/> excluant médicaments
<p>Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : Avez-vous une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou L'autre parent a-t-il une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou Avez-vous une garde partagée ? <input type="checkbox"/> Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent (AAAA/MM/JJ) : _____</p>	<p>Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : Avez-vous une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou L'autre parent a-t-il une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou Avez-vous une garde partagée ? <input type="checkbox"/> Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent (AAAA/MM/JJ) : _____</p>

Nom de l'enfant/des enfants : _____

Soins de santé	Soins dentaires
<input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint actuel <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime d'une institution scolaire : <input type="checkbox"/> incluant médicaments <input type="checkbox"/> excluant médicaments	<input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint actuel <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime d'une institution scolaire : <input type="checkbox"/> incluant médicaments <input type="checkbox"/> excluant médicaments
<p>Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : Avez-vous une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou L'autre parent a-t-il une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou Avez-vous une garde partagée ? <input type="checkbox"/> Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent (AAAA/MM/JJ) : _____</p>	<p>Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : Avez-vous une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou L'autre parent a-t-il une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou Avez-vous une garde partagée ? <input type="checkbox"/> Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent (AAAA/MM/JJ) : _____</p>

Nom de l'enfant/des enfants : _____

Soins de santé	Soins dentaires
<input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint actuel <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime d'une institution scolaire : <input type="checkbox"/> incluant médicaments <input type="checkbox"/> excluant médicaments	<input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint actuel <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime d'une institution scolaire : <input type="checkbox"/> incluant médicaments <input type="checkbox"/> excluant médicaments
<p>Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : Avez-vous une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou L'autre parent a-t-il une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou Avez-vous une garde partagée ? <input type="checkbox"/> Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent (AAAA/MM/JJ) : _____</p>	<p>Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : Avez-vous une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou L'autre parent a-t-il une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou Avez-vous une garde partagée ? <input type="checkbox"/> Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent (AAAA/MM/JJ) : _____</p>

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

Signature de l'employé	Date (A / M / J)
------------------------	------------------