

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 d'une institution scolaire Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : <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 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) : _____ | <input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint actuel <input type="checkbox"/> Protection par le régime d'une institution scolaire Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : <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 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) : _____ |

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 d'une institution scolaire Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : <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 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) : _____ | <input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint actuel <input type="checkbox"/> Protection par le régime d'une institution scolaire Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : <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 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) : _____ |

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 d'une institution scolaire Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : <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 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) : _____ | <input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint actuel <input type="checkbox"/> Protection par le régime d'une institution scolaire Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : <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 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) : _____ |

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

| | |
|------------------------|------|
| Signature de l'employé | Date |
|------------------------|------|