

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