

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Pour un remboursement de primes à la suite d'un décès, utilisez le formulaire F55-21.

Numéro de contrat

Représentant _____ Agence _____ Code _____ U.S. _____
A M J

Nom de l'assuré _____ Prénom(s) _____ Date de naissance

Adresse _____
N° Rue App. _____

Ville Province Code postal

Téléphone : Numéro d'assurance sociale

Nature de la maladie ou de l'opération : _____

Date de l'apparition des symptômes de la maladie : _____

Description des premiers symptômes : _____

Date du diagnostic posé par un médecin ou date de l'opération : _____

Date de la première consultation : _____

Nom de votre médecin de famille : _____

Adresse _____
N° Rue App. _____

Ville Province Code postal

Nom des médecins consultés	Date	Adresse	Raisons
(Si vous n'avez pas le nom, indiquez le nom de la clinique ou de l'hôpital.)			
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Est-ce qu'un membre de votre famille ou vous-même avez déjà souffert de cette maladie? Si oui, indiquez les détails ci-dessous.

Lien de parenté de la personne avec l'assuré	Nature de la maladie	Date
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Avez-vous soumis une demande de règlement auprès d'une autre compagnie?

Faites-vous usage de tabac? Si oui, depuis quand? _____

Avez-vous déjà fait usage de tabac? Oui Non Si oui, quand avez-vous cessé? _____

Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande de règlement sont exacts et que toute déclaration faite au cours d'un entretien en personne ou par téléphone concernant la présente demande de règlement sera exacte et complète. Je consens à ce que toutes ces déclarations forment la base de toute prestation approuvée pour cette demande de règlement.

Signé à _____ Date _____

Témoïn

Assuré

