

FORMULAIRE D'INSCRIPTION CARTE-MÉDICAMENTS

(Pour le traitement électronique des demandes de médicaments et dentaires)

(Ne pas compléter les sections grises)

No de la police:

No de la division de facturation:

Date d'entrée en vigueur: _____

EMPLOYEUR:

SECTION 1 – DÉTAILS SUR L'EMPLOYÉ

Nom de famille:

N.A.S.:

Prénom:

Initiale:

Sexe:

Date de naissance: Jour Mois Année 19

SECTION 2 – DÉTAILS SUR LE CONJOINT

Nom de famille:

Prénom:

Initiale:

Sexe:

Date de naissance: Jour Mois Année 19

Est-ce que le conjoint est assuré sous un autre régime? *

Pour les soins de santé Non Oui Famille ou célibataire _____

Pour les soins dentaires Non Oui Famille ou célibataire _____

* NOTE: Les règles de l'association des compagnies canadiennes d'assurance de personnes stipulent:

1. Le conjoint doit réclamer du régime de son employeur EN PREMIER.
2. Les enfants assurés réclament du conjoint si sa date de naissance survient en premier au cours de l'année civile.

SECTION 3 – DÉTAILS SUR LES ENFANTS À CHARGE

Nom de famille

Prénom

Sexe

Date de naissance
 Jour Mois Année

** H/É

1.

2.

3.

4.

** Si l'enfant est âgé de 21 ans et plus, veuillez indiquer H s'il est handicapé, ou É s'il est étudiant à temps plein et moins de 25 ans.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ:

DATE: