

1- Renseignements sur l'identifié du participant

Nom de l'employeur Matricule NAS

Masculin Féminin

Nom Prénom Sexe Date de naissance (aaaa-mm-jj)

Adresse de domicile Numéros de téléphone

Numéro Rue Appartement Courriel Domicile

Ville Province Code postal Travail

2- Autres renseignements

Police collective Division Certificat

Je, _____, résidant à l'adresse ci-dessus mentionnée reconnais que la Compagnie d'assurance _____
accepte de me verser des prestations de salaire pour la période ayant débuté le _____ .
Date (aaaa-mm-jj)

Dans l'éventualité d'une acceptation par je m'engage à rembourser à
le montant payé en trop en vertu des termes de la police collective ci-haut mentionnée.

3- Signatures

Signature de l'employé Date

Signature de l'administrateur Date