

DEMANDE D'ASSURANCE DES SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX POUR ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

Langue préférée Français Anglais

ÉTAPE 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPOSANT (en lettres moulées) Veuillez inscrire le nom de tous les membres de la famille à assurer				
Sexe	Prénom	Nom de famille	Date de naissance	
M/F	Étudiant	Étudiant	J J / M M / A A A A	
M/F			J J / M M / A A A A	
M/F			J J / M M / A A A A	
M/F			J J / M M / A A A A	
M/F			J J / M M / A A A A	
Adresse au Canada				
Ville/province		Code postal		
Numéro de téléphone ()		Courriel		
Nom du bénéficiaire		Lien de parenté		
ÉTAPE 2 RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE (en lettres moulées)				
Date de la demande	J J / M M / A A A A	Date d'entrée en vigueur	J J / M M / A A A A (pour la souscription d'une assurance supplémentaire)	
Date de l'arrivée au Canada	J J / M M / A A A A	Date d'échéance	J J / M M / A A A A	
		Durée de l'assurance (mois)	_____	
Numéro du contrat précédent : _____				
Nom de l'établissement d'enseignement fréquenté au Canada _____				
Adresse de l'établissement d'enseignement _____				
Date du début des cours J J / M M / A A A A				
Date de fin d'études prévue J J / M M / A A A A				
Étudiez-vous à temps plein?* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
(*Inscription à au moins 60 % des cours couramment exigés pour le programme d'études en cause)				
ÉTAPE 3 CHOIX DU RÉGIME				
Régime	Prime mensuelle (A)	Nombre d'assuré(s) (B)	Nombre de mois (C)	Prime totale (A x B x C)
Assurance individuelle	\$			\$
Assurance familiale	\$			\$
ÉTAPE 4 PAIEMENT ET ATTESTATION				
<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> Amex <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> Chèque		Veuillez remettre cette demande à : Code de l'agence _____		
Numéro de carte 				
Date d'expiration ____ / ____ N° d'autorisation _____				
Signature du titulaire de carte _____				
Je suis en bonne santé et je n'ai, à ma connaissance, aucune raison de consulter un médecin.				
Signature de l'étudiant _____			Date (JJ/MM/AAAA) _____	