

**200 – 3131 Pittfield Blvd.
Saint-Laurent, QC H4S 1N3
Tel: (514) 931-7859 Ext 227**



Veuillez remplir ce formulaire en entier et y joindre vos reçus originaux qui vous seront retournés.

Nom du marin

[illegible]

Le/la conjoint(e) du marin est-il/elle marin aussi? OUI ☐ NON ☐ Le/la conjoint(e) du marin est-il/elle couvert(e) par une autre assurance pour médicaments et injections? OUI ☐ NON ☐

J'atteste par la présente que toutes les informations ci-dessus sont véridiques, exactes et complètes, et que les documents soumis sont authentiques. S'il s'avérait que lesdits documents soumis en mon nom aient été falsifiés, je reconnais que je pourrais faire l'objet d'une suspension de prestations.

Signature du marin ou du conjoint : _____

Date : _____
 Jour Mois Année