

IDENTIFICATION

Nom : _____ Date de naissance : _____

Numéro de contrat : _____

INFORMATION

Avez-vous voyagé ou résidé hors du Canada ou des États-Unis pendant les 24 derniers mois ou avez-vous l'intention de voyager ou de résider hors du Canada ou des États-Unis pour les 24 prochains mois?

Oui Non

Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :

1. Statut : Citoyen canadien Immigrant reçu Autre _____

Si vous n'êtes pas né au Canada, quelle est la date de votre arrivée? _____

	Pays/Ville	Dates et durée du ou des séjours	Objet des voyages
Les 24 derniers mois			
Les 24 prochains mois			

2. Hébergement : Hôtel Maison privée Autre

Détails : _____

3. Moyens de transport utilisés :

a) À/de votre destination : _____

b) Pendant votre séjour : _____

4. Voyagez-vous en dehors des grands centres urbains? Oui Non

Si oui, veuillez fournir des détails : _____

DÉCLARATION

Je déclare que les informations et réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques et feront partie du contrat d'assurance.

Fait à : _____ Date : _____

Témoin : _____ Signature de l'assuré : _____

IDENTIFICATION

Name: _____ Date of birth: _____
 Contract number: _____

INFORMATION

During the past 24 months or the next 24 months, have you travelled or resided, or do you intend to travel or reside outside of Canada or the U.S.?

Yes No

If yes, please answer the following questions:

1. Status: Canadian citizen Landed immigrant Other: _____
 If not born in Canada: date of arrival? _____

	Country/City	Dates and duration of stay(s)	Reason for travel
Previous 24 months			
Next 24 months			

2. Accommodation: Hotel Private home Other
 Details: _____

3. Type of transportation to be used:
 a) To/from your destination: _____
 b) During your stay: _____

4. Do you plan to travel outside of major urban centres? Yes No
 If yes, provide details: _____

DECLARATION

I declare that the above statements and answers are complete and true and shall form part of the insurance contract requested.

Signed at: _____ Date: _____

Witness: _____ Signature of Proposed Insured: _____