

## 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: \_\_\_\_\_