

## FORMULAIRES DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE GRAVE

### “DIRECTIVES”

LA SOUMISSION DE TOUS LES FORMULAIRES SUIVANTS DÛMENT REMPLIS EST ESSENTIELLE AU PROMPT TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT :

- FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS
- DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT
- DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Veillez vous assurer que tous les formulaires ci-joints sont dûment remplis et que tous les renseignements figurant sur les formulaires soient fournis par vous et votre médecin traitant. (Les formulaires incomplets seront retournés aux fins de correction, ce qui retardera notre processus de traitement de votre demande de règlement d'invalidité et nos services envers vous.)

DE PLUS, NOUS AURONS BESOIN DES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS, SELON VOTRE MALADIE.

*Cancer menaçant le pronostic vital*

- La lettre de votre docteur vous référant à votre Centre de cancérologie.
- Les résultats originaux de la biopsie.

*Crise cardiaque*

- Les résultats de l'électrocardiogramme (ECG).
- La confirmation d'une augmentation des enzymes cardiaques.

*Accident vasculaire cérébral (ACV)*

- Une copie de votre tomographie.

*Importante greffe d'organe*

- Votre lettre d'admission dans un programme de greffe reconnu.

*Paralysie*

- L'étude de conduction nerveuse au moment du diagnostic et des 90 jours suivant cet événement.

Les éléments susmentionnés n'éliminent pas notre besoin potentiel de communiquer avec votre médecin directement. Ceux-ci pourraient cependant nous aider à accélérer le traitement de votre demande. Si vous êtes dans l'impossibilité de nous fournir ces renseignements, nous ferons la requête de ces documents directement à votre médecin.

Avant de soumettre votre demande de règlement d'invalidité dans le but d'obtenir des prestations, veuillez lire attentivement votre certificat d'assurance, en particulier la section intitulée « EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS » et la portion « Maladie grave » de la section « DÉFINITIONS ».

En vertu des conditions de la police, une preuve de demande de règlement doit être soumise à notre compagnie, au moyen des formulaires qu'elle fournit, dans les **quatre-vingt-dix jours** suivant la date de l'événement ayant donné lieu à la demande de règlement.

Nous souhaitons vous rappeler qu'il est de votre responsabilité de continuer de verser vos paiements à votre créancier jusqu'à ce que votre demande de règlement d'invalidité soit acceptée et approuvée par nous aux fins de paiement. Comme nos modalités de paiement à titre d'assureur diffèrent des modalités de paiement prescrites par votre créancier, nous vous recommandons de communiquer avec votre créancier afin de vous assurer de ne pas manquer à vos obligations pendant le traitement de votre demande de règlement d'invalidité.  
**TOUTES LES PRESTATIONS APPROUVÉES SERONT TRANSMISES DIRECTEMENT À VOTRE INSTITUTION FINANCIÈRE.**

**IL EST IMPORTANT DE PRÉSENTER LA DEMANDE DE RÈGLEMENT RAPIDEMENT.**  
(Immédiatement après l'apparition d'une maladie grave admissible)

SUITE À LA RÉCEPTION DE VOS FORMULAIRES DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DÛMENT REMPLIS, NOUS VOUS AVISERONS :

- DE NOTRE BESOIN DE RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU
- DU MOMENT OÙ VOTRE DEMANDE EST APPROUVÉE ET DONNE LIEU AU PAIEMENT, LE CAS ÉCHÉANT
- DU FAIT QUE VOTRE DEMANDE NE PEUT ÊTRE TRAITÉE, LE CAS ÉCHÉANT, EN VOUS INDIQUANT POURQUOI

**LES DÉPENSES INITIALEMENT ENCOURUES AFIN DE FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS EXIGÉS POUR LA PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT RELÈVENT DE LA RESPONSABILITÉ DE LA SUCCESSION.**

## FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Avant que la Corporation d'assurance First Canadian (CAFC) puisse déterminer si vous êtes admissible à la prestation pour votre maladie, il nous faudra possiblement obtenir des renseignements supplémentaires en votre nom afin de mieux pouvoir déterminer votre admissibilité.

Pour ce faire, il se pourrait que nous devions communiquer avec un ou des *médecins, l'hôpital ou d'autres professionnels de la santé* afin d'obtenir des renseignements médicaux personnels (vos antécédents médicaux) et de l'information sur votre traitement actuel. Nous pourrions également devoir communiquer avec votre *organisme provincial des services de santé* pour obtenir un descriptif des prestations payées, ainsi qu'avec votre pharmacien pour obtenir une liste de vos médicaments prescrits.

En cas d'accident de véhicule routier, nous pourrions exiger des renseignements au sujet de votre accident à l'*organisme d'application de la loi applicable et à votre compagnie d'assurance*.

Dans tous les cas, comme toutes les prestations approuvées sont transmises directement à votre institution financière afin d'être appliquées à votre prêt, il nous faudra communiquer avec celle-ci aux fins de vérification du prêt et d'obtention des renseignements à jour sur le statut de votre compte.

Dans tous les cas, la CAFC vous avisera lorsque des renseignements seront demandés en votre nom. S'il vous faut des précisions concernant la nécessité de demander tout renseignement en votre nom, n'hésitez pas à communiquer avec notre département des demandes de règlements.

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en nous avisant par écrit.

En aucun cas, sauf lorsque la loi l'exige, la CAFC ne divulguera à une tierce partie les renseignements obtenus par biais de la présente autorisation de divulgation de renseignements.

---

J'autorise par la présente tout médecin et autre professionnel de la santé, organisme provincial des services de santé, hôpital, institution financière (créancier garanti), organisme d'application de la loi, compagnie d'assurance, bureau de renseignements et tout organisme ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur la santé de l'assuré, à divulguer les renseignements nécessaires à la Corporation d'assurance First Canadian. Une télécopie ou une photocopie de la présente autorisation sera considérée comme aussi valable que le document original.

---

Signature du demandeur

---

Nom en caractères d'imprimerie

---

Date du consentement

---

Date de fin de ce consentement, le cas échéant

---

Signature du témoin

---

Nom du témoin en caractères d'imprimerie

---

Numéro de certificat  
(Voir la demande d'assurance)

## FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Avant que la Corporation d'assurance First Canadian (CAFC) puisse déterminer si vous êtes admissible à la prestation pour votre maladie, il nous faudra possiblement obtenir des renseignements supplémentaires en votre nom afin de mieux pouvoir déterminer votre admissibilité.

Pour ce faire, il se pourrait que nous devions communiquer avec un ou des *médecins, l'hôpital ou d'autres professionnels de la santé* afin d'obtenir des renseignements médicaux personnels (vos antécédents médicaux) et de l'information sur votre traitement actuel. Nous pourrions également devoir communiquer avec votre *organisme provincial des services de santé* pour obtenir un descriptif des prestations payées, ainsi qu'avec votre pharmacien pour obtenir une liste de vos médicaments prescrits.

En cas d'accident de véhicule routier, nous pourrions exiger des renseignements au sujet de votre accident à l'*organisme d'application de la loi applicable et à votre compagnie d'assurance*.

Dans tous les cas, comme toutes les prestations approuvées sont transmises directement à votre institution financière afin d'être appliquées à votre prêt, il nous faudra communiquer avec celle-ci aux fins de vérification du prêt et d'obtention des renseignements à jour sur le statut de votre compte.

Dans tous les cas, la CAFC vous avisera lorsque des renseignements seront demandés en votre nom. S'il vous faut des précisions concernant la nécessité de demander tout renseignement en votre nom, n'hésitez pas à communiquer avec notre département des demandes de règlements.

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en nous avisant par écrit.

En aucun cas, sauf lorsque la loi l'exige, la CAFC ne divulguera à une tierce partie les renseignements obtenus par biais de la présente autorisation de divulgation de renseignements.

---

J'autorise par la présente tout médecin et autre professionnel de la santé, organisme provincial des services de santé, hôpital, institution financière (créancier garanti), organisme d'application de la loi, compagnie d'assurance, bureau de renseignements et tout organisme ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur la santé de l'assuré, à divulguer les renseignements nécessaires à la Corporation d'assurance First Canadian. Une télécopie ou une photocopie de la présente autorisation sera considérée comme aussi valable que le document original.

---

Signature du demandeur

---

Nom en caractères d'imprimerie

---

Date du consentement

---

Date de fin de ce consentement, le cas échéant

---

Signature du témoin

---

Nom du témoin en caractères d'imprimerie

---

Numéro de certificat  
(Voir la demande d'assurance)

## DÉCLARATION DU DEMANDEUR

### SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS À VOTRE SUJET

NOM LÉGAL COMPLET <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme		ADRESSE POSTALE	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR veuillez joindre une copie de votre permis de conduire
NO DE TÉLÉPHONE (INDIQUEZ L'INDICATIF RÉGIONAL) RÉSIDENTIEL ( ) TRAVAIL ( )		VILLE / PROVINCE	NUMÉRO DE CERTIFICAT (Voir la demande d'assurance)
COURRIEL :  ACCEPTEZ-VOUS DE CORRESPONDRE PAR COURRIEL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		CODE POSTAL	NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE PROVINCIAL
RÉSIDIEZ-VOUS DANS LA MÊME PROVINCE AU COURS DES SIX (6) MOIS PRÉCÉDANT LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE VOTRE POLICE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI VOUS AVEZ SÉLECTIONNÉ NON, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE ADRESSE PRÉCÉDENTE :			

### SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE VOTRE OBLIGATION FINANCIÈRE

DATE D'ACHAT DU VÉHICULE ANNÉE MOIS JOUR		NOM DU CONCESSIONNAIRE OÙ LE VÉHICULE A ÉTÉ ACHETÉ	
DESCRIPTION DU VÉHICULE ANNÉE MARQUE MODÈLE			
NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU VÉHICULE (NIV)			
INSTITUTION FINANCIÈRE (CRÉANCIER GARANTI)		ADRESSE DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE (PRÊTEUR GARANTI)	
		TÉLÉPHONE : ( ) TÉLÉCOP. : ( )	
CE PRÊT A-T-IL ÉTÉ RENOUVELÉ OU RÉVISÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER :		NUMÉRO DU PRÊT  PAIEMENT MENSUEL	
<b>VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DU CONTRAT DE FINANCEMENT OU DE LOCATION (S'IL EXISTE DES ADDENDAS ET DES RÉVISIONS, VEUILLEZ INCLURE CETTE DOCUMENTATION)</b>			
DISPOSEZ-VOUS DE PLUS D'UN PRÊT OU LOCATION EN COURS ASSURÉS PAR LA CORPORATION D'ASSURANCE FIRST CANADIAN? LE CAS ÉCHÉANT, VOUS DEVREZ FOURNIR TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS À LA SECTION 2 EN CE QUI A TRAIT À VOS AUTRES OBLIGATIONS FINANCIÈRES. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			

### SECTION 3 – AU SUJET DE VOTRE MALADIE / BLESSURE

QUELLE EST LA MALADIE OU LA BLESSURE POUR LAQUELLE VOUS DEMANDEZ DES PRESTATIONS?		LIEU DE L'ACCIDENT <input type="checkbox"/> RÉSIDENCE <input type="checkbox"/> TRAVAIL <input type="checkbox"/> AILLEURS Si l'accident est survenu ailleurs, veuillez préciser :	
QUAND CES SYMPTÔMES SE SONT-ILS MANIFESTÉS POUR LA PREMIÈRE FOIS? ANNÉE MOIS JOUR		QUAND AVEZ-VOUS CONSULTÉ VOTRE MÉDECIN POUR LA PREMIÈRE FOIS À PROPOS DE CETTE CONDITION? ANNÉE MOIS JOUR	
QUAND AVEZ-VOUS CONSULTÉ VOTRE SPÉCIALISTE POUR LA PREMIÈRE FOIS À PROPOS DE CETTE CONDITION? ANNÉE MOIS JOUR			
AVEZ-VOUS DÉJÀ EU LA MÊME CONDITION OU UNE CONDITION SIMILAIRE AUPARAVANT? OUI / NON			
SI OUI QUAND? ANNÉE MOIS JOUR		NOM DU MÉDECIN TRAITANT _____	

Suite à la page suivante

AVEZ-VOUS ÉTÉ HOSPITALISÉ?  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI OUI, QUEL EST LE NOM DE L'HÔPITAL?  <b>VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DU RAPPORT DE LA SALLE D'URGENCE ET DU SOMMAIRE D'HOSPITALISATION.</b>	DATES D'HOSPITALISATION  DU  AU
NOM DU MÉDECIN TRAITANT POUR CETTE INVALIDITÉ  QUAND ÊTES-VOUS DEVENU UN PATIENT DE CE MÉDECIN?	ADRESSE DU MÉDECIN  VILLE                      PROVINCE                      CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN  TÉLÉPHONE : (    )  TÉLÉCOP. : (    )
NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE DE L'ASSURÉ  QUAND ÊTES VOUS DEVENU UN PATIENT DE CE MÉDECIN?	ADRESSE DU MÉDECIN  VILLE                      PROVINCE                      CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN  TÉLÉPHONE : (    )  TÉLÉCOP. : (    )
NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE À LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PROTECTION  QUAND ÊTES-VOUS DEVENU UN PATIENT DE CE MÉDECIN?	ADRESSE DU MÉDECIN  VILLE                      PROVINCE                      CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN  TÉLÉPHONE : (    )  TÉLÉCOP. : (    )
VEUILLEZ INDICER LA OU LES PHARMACIES OÙ VOUS OBTENEZ VOS MÉDICAMENTS PRESCRITS. 1. ----- 2. ----- 3. ----- 4. -----	NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE	MÉDICAMENTS PRESCRITS

VEUILLEZ FOURNIR UNE LISTE DE TOUTES LES AUTRES COMPAGNIES D'ASSURANCE AUPRÈS DESQUELLES VOUS AVEZ SOUSCRIT UNE ASSURANCE, AINSI QUE LEURS ADRESSES, NUMÉROS DE TÉLÉPHONE ET LES COORDONNÉES DES PERSONNES-RESSOURCES.

VEUILLEZ NOUS FOURNIR TOUT RENSEIGNEMENT ADDITIONNEL QUI POURRAIT ÊTRE PERTINENT À L'ÉVALUATION DE VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT.

**J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FIGURANT DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SONT, AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS.**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (DOIT ÊTRE REMPLIE PAR VOTRE SPÉCIALISTE)

**REMARQUE À L'INTENTION DU MÉDECIN :** CETTE DÉCLARATION SERVIRA À DÉTERMINER LA PRESTATION DE VOTRE PATIENT. LA CONSIGNATION DE RENSEIGNEMENTS CLAIRS ET COMPLETS SUR LA CAUSE, LE PRONOSTIC ET LE TRAITEMENT ACCÉLÉRERONT LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE DE RÉGLEMENT.

NOM DU PATIENT	DATE DE NAISSANCE	N° DE CERTIFICAT
	ANNÉE      MOIS      JOUR	

QUELLE EST LA CONDITION RENDANT CE PATIENT INVALIDE? (DIAGNOSTIC)

VEUILLEZ FOURNIR LA DATE DU DIAGNOSTIC :                      ANNÉE      MOIS      JOUR

**VEUILLEZ COMPLÉTER LES CHAMPS APPROPRIÉS SELON LA MALADIE / BLESSURE DE VOTRE PATIENT.**

<b>CANCER MENAÇANT LE PRONOSTIC VITAL :</b>			
VEUILLEZ FOURNIR LE STADE / GRADE : _____			
<b>CRISE CARDIAQUE :</b>			
Y A-T-IL EU DES NOUVEAUX CHANGEMENTS ÉLECTROCARDIOGRAPHIQUES?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	(VEUILLEZ FOURNIR LES RESULTATS DES EXAMENS)
Y A-T-IL EU UNE AUGMENTATION DES ENZYMES CARDIAQUES?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	(VEUILLEZ FOURNIR LES RESULTATS DES EXAMENS)
<b>AVC :</b>			
ÉTAIT-CE UN ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIR (AIT)?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Y A-T-IL EU UN DÉFICIT NEUROLITQUE PERMANENT ET MESURABLE PERSISTANT PENDANT AU MOINS 30 JOURS?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
VEUILLEZ EXPLIQUER ET FOURNIR DES COPIES DE TOUT DOCUMENT JUSTIFICATIF.			
<b>IMPORTANTE GREFFE D'ORGANE :</b>			
VEUILLEZ FOURNIR LA CAUSE DE LA DÉFAILLANCE DE L'ORGANE DE VOTRE PATIENT :			
EST-CE QU'UNE GREFFE EST MÉDICALEMENT NÉCESSAIRE EN RAISON DE SA CONDITION?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
LE PATIENT A-T-IL ÉTÉ ADMIS DANS UN PROGRAMME DE GREFFE RECONNU?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	(le cas échéant, veuillez fournir une copie de la lettre d'admission) (si non, veuillez expliquer pourquoi)
<b>PARALISIE :</b>			
QUELLE EST LA CAUSE DE LA PARALISIE DU PATIENT?			
LA PARALISIE DE CE CLIENT A-T-ELLE ÉTÉ CONTINUE PENDANT 90 JOURS OU PLUS?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	(Veuillez fournir les résultats des examens)

**Suite à la page suivante**

VEUILLEZ FOURNIR UN BREF HISTORIQUE DE LA CONDITION :

QUELS SYMPTÔMES ET/OU FACTEURS DE RISQUE LE PATIENT PRÉSENTAIT-IL AVANT LA MALADIE GRAVE AYANT PU CONTRIBUER À CETTE CONDITION? (VEUILLEZ EXPLIQUER)

HISTORIQUE DE LA MALADIE

AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE, LES SYMPTÔMES DE CE PATIENT SONT APPARUS POUR LA PREMIÈRE FOIS LE

ANNÉE      MOIS      JOUR

CE PATIENT A ÉTÉ VU LA DERNIÈRE FOIS POUR CETTE CONDITION LE

ANNÉE      MOIS      JOUR

CE PATIENT A ÉTÉ VU LA PREMIÈRE FOIS POUR CETTE CONDITION LE

ANNÉE      MOIS      JOUR

CE PATIENT FRÉQUENTE MON CABINET DEPUIS LE

ANNÉE      MOIS      JOUR

AU MEILLEUR DE VOTRE CONNAISSANCE, CE PATIENT A-T-IL DÉJÀ SOUFFERT DE LA MÊME CONDITION OU D'UNE CONDITION SIMILAIRE AUPARAVANT?  OUI  NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LES DATES DES VISITES ANTÉRIEURES RELATIVES À CETTE CONDITION.

CE PATIENT S'ÉTAIT-IL COMPLÈTEMENT RÉTABLI?  OUI  NON      SI OUI, QUAND?

CETTE CONDITION EST-ELLE LIÉE À LA CONSOMMATION DE DROGUES?  OUI  NON      SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LA OU LES DROGUES CONCERNÉES ET LEUR RAPPORT AVEC LA CONDITION.

CETTE CONDITION EST-ELLE LIÉE À LA CONSOMMATION D'ALCOOL?  OUI  NON

DÉCRIRE LA FRÉQUENCE DES VISITES (P. EX., HEBDOMADAIRE, MENSUELLE)

INDIQUER TOUTES LES DATES DES VISITES RELATIVES À CETTE CONDITION :

VEUILLEZ DÉCRIRE LE TRAITEMENT RECOMMANDÉ POUR CE PATIENT

LE PATIENT SUIV-IL LE TRAITEMENT RECOMMANDÉ?  OUI  NON  
SI LA RÉPONSE EST NON, VEUILLEZ ÉLABORER :

QUAND CE PATIENT VOUS A-T-IL ÉTÉ RÉFÉRÉ?

ANNÉE      MOIS      JOUR

INDIQUEZ LE MÉDECIN RÉFÉRANT : \_\_\_\_\_

VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DE LA DEMANDE DE CONSULTATION ET DE TOUS LES RAPPORTS DE CONSULTATION SUBSÉQUENTS.

AVEZ-VOUS RENCONTRÉ CE PATIENT DANS LE PASSÉ?  OUI  NON

LE CAS ÉCHÉANT, QUAND?      ANNÉE      MOIS      JOUR

POUR QUEL(S) PROBLÈME(S) DE SANTÉ? \_\_\_\_\_

VEUILLEZ INDIQUER LES AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ TRAITANT CETTE CONDITION (NOM, ADRESSE ET NO DE TÉLÉPHONE)

*VEUILLEZ JOINDRE À VOTRE RÉPONSE TOUT RAPPORT PROVENANT DE CES SOURCES.*

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES : VEUILLEZ FOURNIR TOUT RENSEIGNEMENT OU COMMENTAIRE SUPPLÉMENTAIRE POUVANT ÊTRE UTILE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE DE RÉGLEMENT DE VOTRE PATIENT, Y COMPRIS TOUTE PHOTOCOPIE DE DOCUMENTS JUSTIFICATIFS (PAR EXEMPLE, RÉSULTATS DE BIOPSIE, DE RADIOGRAPHIE, ETC.).

**J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FIGURANT DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SONT, AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS.**

SIGNÉ À :

VILLE

PROVINCE

DATE:

ANNÉE

MOIS

JOUR

SIGNATURE DU SPÉCIALISTE

NOM ET ADRESSE DU SPÉCIALISTE, EN CARACTÈRES MOULÉS

**TOUS FRAIS LIÉS À LA PRÉPARATION DE CE FORMULAIRE OU AU DÉPÔT DE DOCUMENTS CONNEXES SONT À LA CHARGE DU DEMANDEUR**