

À compléter par l'administrateur / To be completed by the administrator:

Date / Date:				
Nom de l'entreprise / Company Name:				
Nom du demandeur / Contact Name:				
Adresse courriel de l'administrateur / Administrator email:				
No police / Policy No	Sous-groupe / Subgroup	Catégorie / Category	Français / French	Anglais / English
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RÉSERVÉ À L'ASSUREUR / INSURER'S SECTION

SECTION VÉRIFICATION / VERIFICATION SECTION:

SECTION TRANSMISSION / TRANSMISSION SECTION:

