

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE SANTÉ

Nom du détenteur :

Numéro de Police:

Date de Rétablissement de la Police :

Nom de l'Employé :

Numéro de certificat :

Plan :

Catégorie :

Je soussigné, certifie par la présente que mon état de santé n'a pas changé depuis la date de résiliation de ma couverture par mon employeur. De plus, je n'ai aucun traitement à suivre ni aucune condition médicale en cours actuellement. Je suis en bonne santé et la déclaration ci-dessus est sincère et correcte au meilleur de ma connaissance

Je reconnais également qu'aucune réclamation antérieure à la date de rétablissement de ma couverture ne me sera remboursée.

En foi de quoi, j'ai signé le présent pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Port-au-Prince, le _____

Signature de l'employé

Signature du Détenteur/Employeur