



640 Lakeshore Drive, Suite 100
Dorval, Quebec
H9S 2B6

Tel: (514) 636-5351
Fax: (514) 636-8268
E-mail: caip@mkirsch.ca
www.mkirsch.ca

FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR UNE PERSONNE

Formulaire d'inscription pour "un accident seulement au Canada" et assurance "médical de voyage"

Nom complet de la personne:: _____
(Veuillez aucun surnoms)

Adresse: _____

Tél: _____

Province de l'assurance maladie: _____ **Courriel:** _____

Une organization peut être un Fédération national, provinciale, Centre de Sport canadien, une ligue, une équipe, une club, une école, une organization multisport, etc.

Nom de l'Association vous êtes affilié _____

Adresse: _____

Responsable: _____

Tel: _____ **Courriel:** _____

L'inscription pour l'assurance au Canada

Date effective: _____

Choisissez votre niveau d'assurance	Prime	Impôt Provincial sur les Primes	Total
Bronze	25\$	_____	_____ \$
Argent	50\$	_____	_____ \$
Or	80\$	_____	_____ \$

L'inscription pour l'assurance médicale de voyage

Date effective _____ :

PAI 30	210\$	_____	_____ \$
PAI 60	350\$	_____	_____ \$
PAI 90	580\$	_____	_____ \$

Par voyage - 5\$ pour chaque jour, prime minimale de 35\$ pour les voyages de 7 jours ou moins.

Date de départ du Canada: _____ Date de retour au Canada _____

La taxe sur les primes d'assurance s'applique aux provinces suivantes: \$

Québec - 9%
Ontario - 8%
Manitoba - 7%

- La personne est responsable d'obtenir l'entente de son organisation sportive et qu'elle remplira << l'autorisation de club sportif >> dans le formulaire de réclamation.
- Nous vous enverrons une facture qui sera votre confirmation d'assurance.
- Nous devons recevoir de paiement de la facture par virement Interact seulement à caip@mkirsch.ca pour que la couverture d'assurance entre en vigueur. Veuillez fournir le mot de passe pour le virement.
- Les polices d'assurance du PAAC pour l'assurance au Canada et d'assurance médicale de voyage sont affichées dans la site web..

“L'assurance ne commence que quand nous recevons le paiement de la facture”