

TOTAL CARE – MEDICAL/DENTAL APPLICATION

1. Name _____
(Surname) (Given Name) (Middle Name)
2. Address _____

3. Postal Code _____
4. Professional # _____ Substitute
5. Date of Birth _____
Day / Month / Year
6. School Board/Community College _____
7. School/College _____
8. Plan Desired: Medical: Single Family
 Dental: Single Family

Spouse and Dependent Children	Relationship	Sex	Date of Birth		
			Day	Month	Year

I hereby apply to come a subscriber of the NSTU Total Care Plan. I authorize any physician, Johnson Inc. or other person, hospital or institution to release such medical records or information as may be required to service the contract with Medavie Blue Cross.

Signature of Applicant: _____ Date: _____

OFFICE USE: Effective Date: _____ **Policy:** _____

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SOINS COMPLETS-SOINS MÉDICAUX/SOINS DENTAIRES

1. Nom _____
(nom de famille) (prénom) (second prénom)
2. Adresse _____

3. Code Postal _____
4. Professionnel # _____ Suppléant
5. Date de naissance _____
Jour / Mois / Année
6. Conseil Scolaire/collège communautaire _____
7. École/collège communautaire _____
8. Régime souhaité: Soins médicaux: Individuel Familial
 Soins dentaires: Individuel Familial

Conjoint et enfants à charge	Lien de parenté	Sexe	Date de naissance		
			Jour	Mois	Année

Je demande par la présente à adhérer au régime de soins complets du NSTU. J'autorise tout médecin, ou toute autre personne, Johnson Inc., hôpital ou établissement de soins à divulguer les rapports et les renseignements médicaux qui pourraient être exigés dans le cadre du contrat avec Medavie Blue Cross.

Signature du Requérant: _____ Date: _____