

Recours collectif: Erreurs de calcul des pensions d'invalidité des anciens combattants

QUESTIONNAIRE D'INFORMATION SUR LE CLIENT

Votre nom légal complet (inclure les alias ou autres noms d'usage commun):

(PRÉNOM)

(DEUXIÈME NOM)

(NOM DE FAMILLE)

Votre numéro de téléphone: _____

Votre adresse courriel: _____

Votre numéro de matricule au sein des FAC, ou votre numéro régimentaire de la GRC (ou, si vous êtes un(e) conjoint(e), conjoint(e) de fait, ou personne à charge d'un ancien membre des FAC ou de la GRC, le numéro de service de cette personne):

Votre numéro de dossier ACC: _____

Personne au nom de laquelle vous soumettez le présent formulaire (en votre propre nom, pour un membre de votre famille, ou en votre qualité d'exécuteur successoral):

Commentaires additionnels ou autre information que vous désirez nous divulguer: