



**STATUTORY DECLARATION UNDER FSD 9
PRE-POSTING MEDICAL AND DENTAL
EXAMINATIONS**

**DÉCLARATION SOUS SERMENT EN VERTU
DE LA DSE 9 AVANT L'AFFECTATION-
EXAMENS MÉDICAUX ET DENTAIRE**

I, Je,

am/will be submitting my expenditure claim to The Department of Foreign Affairs, for the purpose of obtaining a reimbursement for expenses as specified under FSD 09.

présente/préserverai ma réclamation de frais au ministère des Affaires étrangères, aux fins de remboursement conformément à la DSE 09.

I further declare that this medical/dental expenditure claim has not been/will not be submitted to any other insurance company for reimbursement.

Je déclare, en outre, que la réclamation de frais médicaux/dentaires n'a pas été soumise/ne sera pas soumise à aucune autre compagnie d'assurance aux fins de remboursement

I understand that, if these medical/dental expenses have been submitted to my or my spouse or common-law partner's insurance company, Foreign Affairs Canada will only reimburse the 20% co-insurance deducted by the plan for expenses specified under FSD 09.

Je reconnais que, si des frais médicaux/dentaires ont été présentés à ma compagnie d'assurance ou celle de mon époux ou conjoint, Affaires étrangères Canada remboursera seulement la franchise de 20% coassurance par le régime d'assurance pour les frais engagés conformément à la DSE 9.

Signature of Employee / Signature de l'employé

(yyyy-mm-dd) / (aaaa-mm-jj)
Date