



## PROGRAMME D'ASSURANCE AIDES VISUELLES

### Formulaire d'adhésion

Votre nom : \_\_\_\_\_

Votre adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél. (maison) : \_\_\_\_\_

Tél. (autre) : \_\_\_\_\_

Votre adresse courriel : \_\_\_\_\_

Nom de votre centre de réadaptation : \_\_\_\_\_

Date d'adhésion au programme d'assurance : \_\_\_\_\_

Date d'expiration / Renouvellement de la protection : 1<sup>er</sup> avril

Montant de la garantie : 25 000 \$ par évènement

Coût de la protection : 25 \$ par année (fixe et minimum)

2 options de paiement s'offrent à vous, SVP cochez l'option choisie :

Chèque ou mandat – libellé au nom de SigmaSanté

Si cette option est retenue, veuillez nous faire parvenir ce formulaire rempli et signé, accompagné de votre chèque ou mandat à l'adresse de retour ci-dessous.

Services bancaires en ligne

Si vous êtes client d'une des institutions financières suivantes, vous pouvez effectuer votre paiement directement de votre compte bancaire :

➤ Banque nationale du Canada (BNC) ➤ CIBC

➤ Caisse Populaire Desjardins ➤ Banque Scotia

Si cette option est souhaitée, veuillez nous faire parvenir ce formulaire rempli et signé, à l'adresse de retour ci-dessous. Nous vous transmettrons votre facture que vous devrez payer dans les 30 jours afin de profiter de votre protection d'assurance.

Signature de l'assuré : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

#### ADRESSE DE RETOUR

SigmaSanté

a/s Services de la comptabilité

2953, rue Bélanger, bureau 202

Montréal (Québec) H1Y 3G4