



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^{er} avril

Montant de la garantie : 25 000 \$ par événement

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 - DARSSS

a/s Services administratifs

505, boulevard de Maisonneuve Ouest, bureau 900

Montréal (Québec) H3A 3C2