



# Demande d'adhésion à l'assurance collective

Remplir ce formulaire et l'envoyer à [fsma@sfmm429.qc.ca](mailto:fsma@sfmm429.qc.ca). Une personne s'occupera d'ouvrir votre dossier. Un courriel vous sera acheminé afin de compléter l'adhésion et procéder au choix de couverture.

## Renseignements de l'adhérent

Nom :		Prénom :	
Adresse (domicile) :			
Ville :		Province :	Code postal :
Tél. : (résidentiel)	Tél. : (mobile)	Tél. : (professionnel)	Poste : (       )
Courriel (personnel pas de montreal.ca) :			Date de naissance :
Sexe : F    H    Non binaire	État civil : Marié.e    Union de fait    Divorcé.e    Célibataire    Séparé.e    Veuf.ve		

## Renseignements professionnels de l'adhérent

Employeur :	
Matricule de paie :	Statut d'emploi : Auxiliaire    Permanent

Signature :

Date :

**Fonds de secours maladie-accident (FSMA)**

8790, avenue du Parc, Montréal (Québec) H2N 1Y6, tél. : 514 842-2442, téléc. : 514 842-4839, [fsma@sfmm429.qc.ca](mailto:fsma@sfmm429.qc.ca).