



Demande d'adhésion à l'assurance collective

Remplir ce formulaire et l'envoyer à sfmm@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.

Renseignement 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			

Renseignement professionnel 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.