



418 644-4200 1 800 463-4856 418 646-1313

ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE **RETRAITÉS DE PLUS DE 65 ANS DONT LA RETRAITE A DÉBUTÉ APRÈS LE 01-07-93**

Édifice Le Delta II 2875, boul. Laurier, bureau 100 Case postale 1500 Québec (Québec) G1K 8X9 Courrier électronique : Téléphone: Télécopieur: adm.collectif@lacapitale.com

(N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION			
	1011	9999				
S DU QUÉBEC (CSN)			DATE DE LA RETRAITE	Α	М	J
		SEXE	SALAIRE ANNUEL			

- RFN						1011	9999				_
	_	TS RELAT	IFS À L'ADHÉ	RENT					A		
NOM GROU		TION NAT	IONALE DES	ENSEIGNANTS ET E	ENSEIGNANTES	DU QUÉBEC	(CSN)	DATE DE LA RETRAITE	А	М	J
NOM				PRÉNOM			SEXE	SALAIRE ANNUEL			
	Nº	RUE				APP.	☐ M ☐ F CORRESPONDANCE	AVANT LA RETRA	TE A	M	J
ADRE							□ F □ A	DATE DE NAISSANCE		101	
VILLE						CODE		TÉLÉPHONE	,		
ÉTAT	CIVIL					POSTAL		RÉSIDENCE () A M	J	
	ÉLIBATAIRE OU	■ MARIÉ	☐ VEUF	CONJOINT DE FAIT	☐ DIVORCÉ	☐ SÉPARÉ	■ UNI CIVILEMENT	DEPUISLE			
- ASS	URANCE MAI	LADIE									
Α.	ASSURANCE	Ε ΜΑΙ ΑΠΙΙ	F DE BASE (B	égime identique à c	elui offert nar la	RAMO)					
Α.	_			-	-		antie, veuillez en avis	er la RAMO)			
	_	tection ind	-		\Box Protection far	_	arrice, vedificz err avisc	or in training)			
	_		onserver cette (imaio					
	_ 00000			garao							
В.	ASSURANCE	E MALADII	E COMPLÉME	NTAIRE (Autres frai	s médicaux)						
	_		r cette garantie		,						
	☐ Pro	tection indi	ividuelle]	☐ Protection far	miliale					
	☐ Je ne dé	sire pas co	nserver cette	garantie							
											\longrightarrow
	URANCE VIE										
A.	VIE DE BASE										
			-	(Inscrire votre choi	ix)						
	Vie de b		montant fixe of	•							
	Vie facul	tative :	moins de 70 a		tranche(s) de 5 0						
			70 ans et plus	s: de1à8	tranche(s) de 5 0	00 \$: choix:					
ь	VIE DES PER	CONNEC	À CHARCE								
В.	_										
			r cette garantie 								
	☐ Je ne dé	sire pas co	nserver cette (garantie							
- IDEN	ITIFIEZ VOS	PERSONN	IES À CHARG								\longrightarrow
- IDEN	ITIFIEZ VOS Prénor		IES À CHARG	E Sexe Da	te de naissance	F	Prénom I	Nom S	Sexe D	ate de nais	ssance
- IDEN	Prénor			E	. M J	F ant(s) :	Prénom I		Sexe D	ate de nais A M	ssance
Conjoint	Prénor			Sexe Da	. M J		Prénom I	D :			ssance J
Conjoint Enfant(s	Prénor:	m	Nom	Sexe Dai A M D F	. M J Enf	ant(s) :	Prénom !		и 🗆 ғ_ и 🗆 ғ_	A M	
Conjoint Enfant(s	Prénor:	m	Nom	Sexe Da	. M J Enf	MISE EN GARDI		ÉNÉFICIAIRE IRRÉ	M	A M	
Conjoint Enfant(s	Prénor:	m	Nom	Sexe Dai A M D F	. M J Enf	MISE EN GARDI CONSÉQUENC NÉCESSAIRE P	E: LA DÉSIGNATION D'UN E	ÉNÉFICIAIRE IRRÉ	M	A M	
Conjoint Enfant(s	Prénor:	m	Nom	Sexe Dai A M D F	. M J Enf	MISE EN GARDI CONSÉQUENC NÉCESSAIRE P	E: LA DÉSIGNATION D'UN E CES IMPORTANTES, NOT OUR LE REMPLACER ET, S'II	ÉNÉFICIAIRE IRRÉ	M	A M	
Conjoint Enfant(s	Prénor:	n I DU BÉNÉ	Nom	Sexe Dai A M D F	SSURANCE VIE)	MISE EN GARDI CONSÉQUENC NÉCESSAIRE P SON TUTEUR D	E: LA DÉSIGNATION D'UN E CES IMPORTANTES, NOT OUR LE REMPLACER ET, S'II EVRA ÊTRE OBTENU.	ÉNÉFICIAIRE IRRÉ	M	A M 	
Conjoint Enfant(s - NON	Prénor: I ET PRÉNON GNATION:	n I DU BÉNÉ	Nom	Sexe Dai A M F M F JR LES GARANTIES D'A	SSURANCE VIE)	MISE EN GARDI CONSÉQUENC NÉCESSAIRE P SON TUTEUR D	E: LA DÉSIGNATION D'UN E CES IMPORTANTES, NOT OUR LE REMPLACER ET, S'II EVRA ÊTRE OBTENU.	ÉNÉFICIAIRE IRRÉ TAMMENT, SON C EST D'ÂGE MINEUI	F_M F_F_VOCABLE CONSENT;	A M 	
Conjoint Enfant(s - NON DÉSIG	Prénor: I ET PRÉNON SNATION: AVEC L'ADHÉRE	n DU BÉNÉ	Nom	Sexe Dan A D	SSURANCE VIE)	MISE EN GARDI CONSÉQUENC NÉCESSAIRE P SON TUTEUR D	E: LA DÉSIGNATION D'UN E CES IMPORTANTES, NOT OUR LE REMPLACER ET, S'II EVRA ÊTRE OBTENU.	ÉNÉFICIAIRE IRRÉ TAMMENT, SON C EST D'ÂGE MINEUI	F_M F_F_VOCABLE CONSENT;	A M 	
Conjoint Enfant(s - NON DÉSIG	Prénor: I ET PRÉNON GNATION:	n DU BÉNÉ	Nom	Sexe Dan A D	SSURANCE VIE)	MISE EN GARDI CONSÉQUENC NÉCESSAIRE P SON TUTEUR D	E: LA DÉSIGNATION D'UN E CES IMPORTANTES, NOT OUR LE REMPLACER ET, S'II EVRA ÊTRE OBTENU.	ÉNÉFICIAIRE IRRÉ TAMMENT, SON C EST D'ÂGE MINEUI	F_M F_F_VOCABLE CONSENT;	A M 	
Conjoint Enfant(s - NON DÉSIG LIEN - DÉC «J'ai	Prénor Prénor ET PRÉNON ENATION: AVEC L'ADHÉRE LARATION D utorise la C.A.I	n DU BÉNÉ NT: E L'ADHÉ R.R.A. à dé	FICIAIRE (POL	Sexe Da'A Sexe Da'A M F M F JR LES GARANTIES D'A nte les cotisations rec	SSURANCE VIE)	MISE EN GARDI CONSÉQUENC NÉCESSAIRE P SON TUTEUR D	E: LA DÉSIGNATION D'UN E SES IMPORTANTES, NOT OUR LE REMPLACER ET, S'II EVRA ÊTRE OBTENU. [ction of the color of the co	ÉNÉFICIAIRE IRRÉVAMMENT, SON CLEST D'ÂGE MINEUI	F_M F_ F_ COABLE ICONSENTI R, LE CONS	A M	E DES SERA NT DE
Conjoint Enfant(s - NOM DÉSIG LIEN - DÉC «J'ai et le	Prénor Prénor ENATION: AVEC L'ADHÉRE LARATION D utorise la C.A.I responsable o	n DU BÉNÉ NT: E L'ADHÉ R.R.A. à dé du régime a	FICIAIRE (POU	Sexe Data A A A A A A A A A A A A A A A A A A	SSURANCE VIE) quises, La Capita sociale pour fins	MISE EN GARDI CONSÉQUENC NÉCESSAIRE P SON TUTEUR D	E: LA DÉSIGNATION D'UN E CES IMPORTANTES, NOT CURLE REMPLACER ET, S'II EVRA ÊTRE OBTENU. [cet gestion du patrimoin n et d'administration. D	EÉVOCABLE e inc. (ci-après a plus, j'autorise	F_M F_ F_ F_ F_ F_ F_ FREE FOOTS	A M	E DES BERA NT DE
DÉSIGNATION DÉSIGNATION DÉSIGNATION DÉSIGNATION DÉSIGNATION DE COMPANIEN DE COMPANI	Prénor Prénor ENATION: AVEC L'ADHÉRE LARATION D utorise la C.A.I responsable de professionne	n DU BÉNÉ NT: E L'ADHÉ R.R.A. à dé du régime a	RENT eduire de ma re à utiliser mon renant dans le de	Sexe Dai A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	SSURANCE VIE) quises, La Capita sociale pour fins et de la réadaptat	MISE EN GARDI CONSÉQUENC NÉCESSAIRE P SON TUTEUR D le assurances d'identificatior ion, ainsi que	E: LA DÉSIGNATION D'UN E SES IMPORTANTES, NOT OUR LE REMPLACER ET, S'II EVRA ÊTRE OBTENU. [ction of the color of the co	EÉNÉFICIAIRE IRRÉVAMMENT, SON CLEST D'ÂGE MINEUI RÉVOCABLE e inc. (ci-après a le plus, j'autorise lic ou privé de si	F_M F_ F_/OCABLE ICONSENTIR, LE CONSENTIR, LE CONSENTIRRECONSENTIRRECONSENTIRRECONSENTIRECONSEN	A M	E DES BERA NT DE
DÉSIGNA DÉSIGNA COLOR DE SOCIA MAN	Prénor Prénor ENATION: AVEC L'ADHÉRE LARATION D Utorise la C.A.I responsable d professionne aux, toute com dat, tout inter	NT:	RENT eduire de ma re à utiliser mon renant dans le dissurance, de rede marché, to	Sexe Dai A F	SSURANCE VIE) quises, La Capita sociale pour fins et de la réadaptat ureur, tout organ-employeur, le p	MISE EN GARDI CONSÉQUENC NÉCESSAIRE P SON TUTEUR D le assurances d'identification ion, ainsi que isme public ou preneur ainsi	et gestion du patrimoin or d'administration. D'un le d'administration. D'un le d'administration. D'un le d'administration. D'un le d'administration d'un le d'administration d'un tétablissement publiprivé, toute agence de que tout autre person	EÉNÉFICIAIRE IRRÉTAMMENT, SON CLEST D'ÂGE MINEUI RÉVOCABLE RÉVOCABLE RE inc. (ci-après a le plus, j'autorise dic ou privé de se renseignement ne détenant de	F_M F_ F_/OCABLE: ONSENTIR, LE CONS IRRÉV PPEIÉE Le tout mé anté ou ce se qui aure se dossiée sous se dossiée de la ce tout mé anté ou ce se qui aure se dossiée se dossiée de la ce tout mé anté ou ce se qui aure se dossiée dossiée de la celle d	A M	E DES BERA NT DE
DÉSIGNO DÉSIGNO DE SIGNO DE SIGNO DE SIGNO DE COMBRE DE	Prénor Prénor ENATION: AVEC L'ADHÉRE LARATION D Utorise la C.A.I responsable de professionne aux, toute com dat, tout inter eignements pe	NT:	RENT Eduire de ma re à utiliser mon renant dans le de ssurance, de rede marché, to notamment de	Sexe Day A F A M F B M F B M F B M F B M F B M F B M F B M F B M F B M M F B M M F B M M F B M M M F B M M M F B M M M F B M M M M M M M M M M M M M M M M M M M	quises, La Capita sociale pour fins et de la réadaptat ureur, tout organ -employeur, le pédicaux à mon su	MISE EN GARDI CONSÉQUENC NÉCESSAIRE P SON TUTEUR D le assurances d'identification ion, ainsi que isme public ou preneur ainsi	et gestion du patrimoin et d'administration. D'un le fablissement pub i privé, toute agence de les supposes de la patre de la patrimoin pet d'administration.	EÉNÉFICIAIRE IRRÉTAMMENT, SON CLEST D'ÂGE MINEUI RÉVOCABLE RÉVOCABLE RE inc. (ci-après a le plus, j'autorise dic ou privé de se renseignement ne détenant de	F_M F_ F_/OCABLE: ONSENTIR, LE CONS IRRÉV PPEIÉE Le tout mé anté ou ce se qui aure se dossiée sous se dossiée de la ce tout mé anté ou ce se qui aure se dossiée se dossiée de la ce tout mé anté ou ce se qui aure se dossiée dossiée de la celle d	A M	E DES BERA NT DE
DÉSIGNO DÉSIGNO DE SIGNO DE SIGNO DE SIGNO DE COMBRE DE	Prénor Prénor ENATION: AVEC L'ADHÉRE LARATION D Utorise la C.A.I responsable de professionne aux, toute com dat, tout inter eignements pe	NT:	RENT Eduire de ma re à utiliser mon renant dans le de ssurance, de rede marché, to notamment de	Sexe Dai A F	quises, La Capita sociale pour fins et de la réadaptat ureur, tout organ -employeur, le pédicaux à mon su	MISE EN GARDI CONSÉQUENC NÉCESSAIRE P SON TUTEUR D le assurances d'identification ion, ainsi que isme public ou preneur ainsi	et gestion du patrimoin or d'administration. D'un le d'administration. D'un le d'administration. D'un le d'administration. D'un le d'administration d'un le d'administration d'un tétablissement publiprivé, toute agence de que tout autre person	EÉNÉFICIAIRE IRRÉTAMMENT, SON CLEST D'ÂGE MINEUI RÉVOCABLE RÉVOCABLE RE inc. (ci-après a le plus, j'autorise dic ou privé de se renseignement ne détenant de	F_M F_ F_/OCABLE: ONSENTIR, LE CONS IRRÉV PPEIÉE Le tout mé anté ou ce se qui aure se dossiée sous se dossiée de la ce tout mé anté ou ce se qui aure se dossiée dossiée de la ce tout mé au ce se qui aure se dossiée dossiée de la ce tout mé au ce se qui aure se dossiée dossiée de la ce tout mé au ce se qui aure se dossiée dossiée de la ce tout mé au ce se qui aure se dossiée de la ce tout mé au ce tout me au ce tout m	A M	E DES BERA NT DE
DÉSIGNA DÉCIMA DÉSIGNA DÉSIGNA DÉCIMA DÉCIMA DÉCIMA DECIMA DE SOCIA MAN TENS TENS J'aut	Prénor Prénor Prénor ENATION: AVEC L'ADHÉRE LARATION D Utorise la C.A.I responsable de professionne aux, toute com dat, tout inter eignements pe eignements que	NT: E L'ADHÉ R.R.A. à dé du régime a pagnie d'a médiaire c pronnels, u'elle détie	RENT duire de ma re à utiliser mon renant dans le de ssurance, de rede marché, to notamment de nt, nécessaire:	Sexe Day A F M F M F JR LES GARANTIES D'A The les cotisations recenuméro d'assurance solumente de la santé e même que tout réass ut employeur ou ex s renseignements més au traitement de mes	quises, La Capita sociale pour fins et de la réadaptat ureur, tout organ -employeur, le pédicaux à mon su on dossier.	MISE EN GARDI CONSÉQUENC NÉCESSAIRE P SON TUTEUR D le assurances d'identification ion, ainsi que isme public ou preneur ainsi jet, le cas éche	et gestion du patrimoin or d'administration. D'un le d'administration. D'un le d'administration. D'un le d'administration. D'un le d'administration d'un le d'administration d'un tétablissement publiprivé, toute agence de que tout autre person	EÉNÉFICIAIRE IRRÉTAMMENT, SON CLEST D'ÂGE MINEUI RÉVOCABLE e inc. (ci-après a le plus, j'autorise lic ou privé de s. e renseignement ne détenant de bitale ou à ses m	PPPEÉE LE tout mé anté ou ces qui auns dossié andataire	ENTRAÎNE ENTRAÎNE ENTEMEN /OCABLE a Capita decin, to de servic rait reçu ers ou d es, tous l	E DES SERA NT DE
DÉSIGNA DÉCIMA DÉSIGNA DÉSIGNA DÉCIMA DÉCIMA DÉCIMA DÉCIMA DE AUTRES DE AUTRES D'AUTRES D'AUT	Prénor TET PRÉNON BNATION: AVEC L'ADHÉRE LARATION D utorise la C.A.I responsable de professionne aux, toute com dat, tout inter eignements pe eignements que orise égaleme ités et du trait as de décès, j	T DU BÉNÉ NT: E L'ADHÉ R.R.A. à dé du régime a pagnie d'a rmédiaire c presonnels, u'elle détie ent La Cap ement de l' d'autorise e	RENT duire de ma re à utiliser mon re autiliser mon re de marché, to notamment de nt, nécessaires itale à commu mon dossier.	Sexe Dai A F M	quises, La Capita sociale pour fins et de la réadaptat ureur, tout organ-employeur, le pédicaux à mon su on dossier.	MISE EN GARDI CONSÉQUENC NÉCESSAIRE P SON TUTEUR D le assurances d'identification ion, ainsi que isme public ou preneur ainsi jet, le cas éche	e: LA DÉSIGNATION D'UN E DES IMPORTANTES, NOT OUR LE REMPLACER ET, S'II EVRA ÊTRE OBTENU. et gestion du patrimoin n et d'administration. D' tout établissement pub i privé, toute agence de que tout autre person éant, à fournir à La Cap	EÉNÉFICIAIRE IRRÉTAMMENT, SON CLEST D'ÂGE MINEUI RÉVOCABLE e inc. (ci-après a le plus, j'autorise lic ou privé de se renseignement ne détenant de ditale ou à ses me e nécessaire, danc coession, à four le coession le	PPPEÉE LE tout mé anté ou cos qui auns se dossie andataire	ENTRAÎNE ENTRAÎNE ENTEMEN /OCABLE a Capita decin, to de servic rait reçu ers ou d es, tous l dre de s	LIE) Out ces tel des les
DÉSIGNA DÉSIGNA DÉSIGNA DÉSIGNA DÉSIGNA POÈCIA DÉCIA DÉCIA DÉCIA DE CIA	Prénor I ET PRÉNON AVEC L'ADHÉRE LARATION D utorise la C.A.I responsable de professionne aux, toute com dat, tout inter eignements pe eignements que orise égaleme ités et du trait as de décès, j s mandataires résent conser	NT: E L'ADHÉ R.R.A. à dé du régime a el et interve apagnie d'a médiaire de ersonnels, u'elle détie ent La Cap ement de l' 'autorise e lorsque re	RENT duire de ma re à utiliser mon re nant dans le de assurance, de re de marché, to notamment de nt, nécessaires itale à commu mon dossier. xpressément le equis, tous les	Sexe Day A F M F M F M F JR LES GARANTIES D'A The les cotisations reconuméro d'assurance somaine de la santé emême que tout réass ut employeur ou ex s renseignements més au traitement de moniquer ces renseignements ou a ses fins du présent consider de preneur, l'employeur enseignements ou a ses fins du présent consider de preneur, l'employeur enseignements ou a ses fins du présent consider de preneur du présent de preneur de pren	quises, La Capita sociale pour fins et de la réadaptat ureur, tout organ -employeur, le pédicaux à mon su on dossier.	MISE EN GARDI CONSÉQUENC NÉCESAIRE P SON TUTEUR D le assurances d'identificatior ion, ainsi que isme public ou preneur ainsi jet, le cas éche connes mentior a, l'héritier ou l mettant le trait	e: LA DÉSIGNATION D'UN E CES IMPORTANTES, NOT OUR LE REMPLACER ET, S'II EVRA ÊTRE OBTENU. et gestion du patrimoin n et d'administration. D' tout établissement pub u privé, toute agence de que tout autre person éant, à fournir à La Cap unées ci-dessus lorsque e liquidateur de ma sue	E inc. (ci-après a le plus, j'autorise lic ou privé de se renseignement ne détenant de vitale ou à ses me nécessaire, da ccession, à fourne »	PPPEÉE LE CONSENTIAN,	ENTRAÎNE ENTRAÎNE ENTEMEN OCCABLE a Capita edecin, to de service rait reçu ers ou d es, tous l dre de s	E DES BERA NT DE
DÉSIGNA DÉSIGNA DÉSIGNA DÉSIGNA DÉSIGNA POÈCIA DÉCIA DÉCIA DÉCIA DE CIA	Prénor I ET PRÉNON AVEC L'ADHÉRE LARATION D utorise la C.A.I responsable de professionne aux, toute com dat, tout inter eignements pe eignements que orise égaleme ités et du trait as de décès, j s mandataires résent conser	NT: E L'ADHÉ R.R.A. à dé du régime a el et interve apagnie d'a médiaire de ersonnels, u'elle détie ent La Cap ement de l' 'autorise e lorsque re	RENT duire de ma re à utiliser mon re enant dans le de assurance, de re de marché, to notamment de nt, nécessaires itale à commu mon dossier. xpressément l equis, tous les t valide pour le	Sexe Day A F M F M F M F JR LES GARANTIES D'A The les cotisations reconuméro d'assurance somaine de la santé emême que tout réass ut employeur ou ex s renseignements més au traitement de moniquer ces renseignements ou a ses fins du présent consider de preneur, l'employeur enseignements ou a ses fins du présent consider de preneur, l'employeur enseignements ou a ses fins du présent consider de preneur du présent de preneur de pren	quises, La Capita sociale pour fins et de la réadaptat ureur, tout organ -employeur, le pédicaux à mon su on dossier.	MISE EN GARDI CONSÉQUENC NÉCESAIRE P SON TUTEUR D le assurances d'identificatior ion, ainsi que isme public ou preneur ainsi jet, le cas éche connes mentior a, l'héritier ou l mettant le trait	et gestion du patrimoin et d'administration. D'un te fablissement pub privé, tout établissement pub que tout autre personéant, à fournir à La Cap inées ci-dessus lorsquiel liquidateur de ma sur ement de mon dossier	E inc. (ci-après a le plus, j'autorise lic ou privé de se renseignement ne détenant de vitale ou à ses me nécessaire, da ccession, à fourne »	PPPEÉE LE CONSENTIAN,	ENTRAÎNE ENTRAÎNE ENTEMEN OCCABLE a Capita edecin, to de service rait reçu ers ou d es, tous l dre de s	E DES BERA NT DE
DÉSIGNA DÉSIGNA DÉSIGNA DÉSIGNA DÉSIGNA POÈCIA DÉCIA DÉCIA DÉCIA DE CIA	Prénor I ET PRÉNON AVEC L'ADHÉRE LARATION D utorise la C.A.I responsable de professionne aux, toute com dat, tout inter eignements pe eignements que orise égaleme ités et du trait as de décès, j s mandataires résent conser	NT: E L'ADHÉ R.R.A. à dé du régime a el et interve apagnie d'a médiaire de ersonnels, u'elle détie ent La Cap ement de l' 'autorise e lorsque re	RENT duire de ma re à utiliser mon re enant dans le de assurance, de re de marché, to notamment de nt, nécessaires itale à commu mon dossier. xpressément l equis, tous les t valide pour le	Sexe Day A F M F M F M F JR LES GARANTIES D'A The les cotisations reconuméro d'assurance somaine de la santé emême que tout réass ut employeur ou ex s renseignements més au traitement de moniquer ces renseignements ou a ses fins du présent consider de preneur, l'employeur enseignements ou a ses fins du présent consider de preneur, l'employeur enseignements ou a ses fins du présent consider de preneur du présent de preneur de pren	quises, La Capita sociale pour fins et de la réadaptat ureur, tout organ -employeur, le pédicaux à mon su on dossier.	MISE EN GARDI CONSÉQUENC NÉCESAIRE P SON TUTEUR D le assurances d'identificatior ion, ainsi que isme public ou preneur ainsi jet, le cas éche connes mentior a, l'héritier ou l mettant le trait	et gestion du patrimoin et d'administration. D'un te fablissement pub privé, tout établissement pub que tout autre personéant, à fournir à La Cap inées ci-dessus lorsquiel liquidateur de ma sur ement de mon dossier	E inc. (ci-après a le plus, j'autorise lic ou privé de se renseignement ne détenant de vitale ou à ses me nécessaire, da ccession, à fourne »	PPPEÉE LE CONSENTIAN,	ENTRAÎNE ENTRAÎNE ENTEMEN OCCABLE a Capita edecin, to de service rait reçu ers ou d es, tous l dre de s	E DES BERA NT DE

(VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DE L'AVIS AU VERSO) Copie blanche : assureur - Copie jaune : retraité

Téléphone

Date

Signature de l'adhérent