



ARMSTRONG-McCREADY INC.

640 Lakeshore Drive, Suite 100
Dorval, Quebec
H9S 2B6

Tel: (514) 636-5351
Fax: (514) 636-8268
E-mail: caip@armstrongmccready.ca
www.armstrongmccready.ca

Demande d'adhésion à la police d'assurance-accident # 9207251.

Nome de l'Association: _____

Adresse: _____

Responsable: *Nom:* _____

Tél: _____ *E-Mail:* _____

Fax: _____

S.V.P indiquer le nombre de personnes éligibles à l'assurance maladie du Québec ou de l'Ontario, et ajouter 9% ou 8% respectivement de leur pome pour la taxe de vente.

ADHÉSION DE 12 MOIS (S.V.P. Inclure un list des noms et province de l'assurance maladie pour chaque personne)

| PLAN INFORMATION | BRONZE | ARGENT | DORÉ | TOTAL |
|-------------------------------|----------|-----------|-----------|---------------|
| No. Assure _____ à | \$ 65,00 | \$ 200,00 | \$ 285,00 | \$ |
| Taxe de primes - Ont: _____ x | \$ 5,20 | \$ 16,00 | \$ 22,80 | \$ |
| Taxe de primes - Qué: _____ x | \$ 5,85 | \$ 18,00 | \$ 25,65 | \$ |
| Date effective: | | | TOTAL | \$ (A) |

ADHÉSION HORS-CANADA (S.V.P. Inclure un liste des noms)

| | | |
|-------------------------------------|--------------|--------------|
| No. Assurer _____: de _____ à _____ | (Qué. _____) | (Ont. _____) |
| No. Assurer _____: de _____ à _____ | (Qué. _____) | (Ont. _____) |
| No. Assurer _____: de _____ à _____ | (Qué. _____) | (Ont. _____) |
| No. Assurer _____: de _____ à _____ | (Qué. _____) | (Ont. _____) |

| | |
|--|----|
| No. Assurer _____ x _____ semaines x \$30.00 = | \$ |
| No. Assurer _____ x _____ semaines x \$30.00 = | \$ |
| No. Assurer _____ x _____ semaines x \$30.00 = | \$ |
| No. Assurer _____ x _____ semaines x \$30.00 = | \$ |

| | |
|--|----------|
| Taxe de primes Ont: _____ x _____ x \$2.40 | \$ |
| Taxe de primes Qué: _____ x _____ x \$2.70 | \$ _____ |

TOTAL ADHÉSION HORS-CANADA \$ _____ (B)

MONTANT PAYABLE \$ _____ (A&B)

