



FORMULAIRE D'ADHÉSION

A. Renseignements obligatoires (caractères d'imprimerie)

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Ville :	Province :
Code postal :	Téléphone :
Adresse courriel :	
Nom de l'établissement privé (3 ans et plus) :	
Établissement d'enseignement : Préscolaire <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Période d'emploi : du _____ au _____	
Emploi : Cadre ou gérant <input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Professionnel non enseignant <input type="checkbox"/> Personnel de soutien <input type="checkbox"/>	
Date de la retraite :	Date de naissance : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)
Régime de retraite : RREGOP <input type="checkbox"/> RRPE <input type="checkbox"/> RRE <input type="checkbox"/> RRCE <input type="checkbox"/> Autre : _____	

B. Assurances (cocher les cases appropriées)

<input type="checkbox"/>	1.	Je désire faire partie de l'ARREP <u>sans</u> bénéficier d'un programme d'assurance vie ou soins médicaux.
<input type="checkbox"/>	2.	Je désire faire partie de l'ARREP et profiter d'une couverture d'assurance en vertu d'un programme d'assurances des retraitées et des retraités de l'enseignement privé de la FEEP Service des assurances : <input type="checkbox"/> a. Industrielle Alliance (assurance vie) <input type="checkbox"/> b. Croix Bleue (Santé Plus ARREP) (assurance soins médicaux, soins dentaires)
<input type="checkbox"/>	3.	Je désire maintenir mon lien d'assurance au programme <i>Santé Plus ARREP</i> , puisque je continue d'être assuré par un autre régime collectif de soins médicaux.

C. Envoi et paiement de la cotisation à l'ARREP : en fonction de vos choix d'assurances ci-dessus (section B)

Selon votre situation, faites parvenir votre formulaire dûment rempli, par la poste ou par courriel :

FEEP Service des assurances
1940, boul. Henri-Bourassa Est
Montréal (Québec) H2B 1S2

courriel : saraf@feep.qc.ca

1. **AVEC chèque**, si vous avez coché le point 1. de la section B des Assurances : votre cotisation annuelle est prélevée par chèque personnel émis à l'ordre de l'ARREP, au montant de trente dollars (30 \$).
2. **SANS chèque**, si vous avez coché le point 2. (a. ou b. ou les deux) de la section B des Assurances : votre cotisation est prélevée automatiquement, à même l'une de vos primes d'assurances, lors de l'activation de votre programme d'assurance.

D. Signature

Signature

Date

Section réservée à la FEEP Service des assurances – Confirmation de la couverture d'assurance

(SVP, transmettre le formulaire d'adhésion au secrétariat de l'ARREP lorsque cette section est remplie.)

Industrielle Alliance (assurance vie)

Numéro du certificat _____

Date d'émission _____ 201__

Croix Bleue (soins médicaux et dentaires)

Numéro du contrat (émis par Croix Bleue)

Date d'émission _____ 201__