

# Formulaire d'adhésion

VEUILLEZ REMPLIR TOUS LES CHAMPS EN ROUGE.  
Seuls les formulaires complètement remplis seront acceptés.

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS



La corporation des  
**thérapeutes du sport**  
du Québec

Nom du groupe : Corporation des thérapeutes du sport du Québec

Contrat : 13AN0 Fonction de l'assuré.e : Thérapeute du sport agréé.e

Date d'admissibilité à l'assurance : AAAA / MM / JJ

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ.E

(à compléter par le thérapeute du sport agréé(e) en caractères d'imprimerie)

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : AAAA / MM / JJ Genre identifié :  Féminin  Masculin

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : QC Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Langue :  Français  Anglais

État civil :  Célibataire  Marié.e  Séparé.e  Veuf.ve  Divorcé.e

Conjoint.e de fait Début de la cohabitation (si conjoint de fait) : AAAA / MM / JJ

Fumeur :  Oui  Non

## CHOIX DE PROTECTION

Type :  Individuelle  Monoparentale  Couple  Familiale

Niveau\* :  Module 1  Module 2

\* Ce n'est qu'après avoir complété une durée minimale de participation de deux (2) ans à un même module qu'il sera possible de profiter des périodes de campagne d'adhésion pour changer de module sauf à la date où survient l'un des événements de vie suivants, pourvu que la demande en soit faite dans les 31 jours qui suivent: 1) changement d'admissibilité à un programme collectif par conjoint.e/enfant; 2) ajout/perte d'un.e conjoint.e; 3) ajout d'un enfant à charge

Remplissez ce tableau si vous avez coché « Monoparentale », « Couple » ou « Familiale »

	Nom	Prénom	Genre identifié	Date de naissance	Étudiant à temps plein*	Handicapé.e
Conjoint.e				AAAA / MM / JJ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant				AAAA / MM / JJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant				AAAA / MM / JJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant				AAAA / MM / JJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*entre 21 et 25 ans : fournir preuve de scolarité

## ASSURANCE-VIE

### BÉNÉFICIAIRE(S)

Veillez fournir au moins un bénéficiaire pour votre assurance-vie

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Pourcentage	Désignation
		AAAA / MM / JJ		%	<input checked="" type="checkbox"/> révocable
		AAAA / MM / JJ		%	<input checked="" type="checkbox"/> révocable
		AAAA / MM / JJ		%	<input checked="" type="checkbox"/> révocable
		AAAA / MM / JJ		%	<input checked="" type="checkbox"/> révocable

Total : 100 %

Je confirme, par ma signature, que tous les renseignements fournis sont exacts

Signature : \_\_\_\_\_ Date : AAAA / MM / JJ

J'accepte par les présentes, les dispositions de la police et je m'engage à payer les primes selon les règles en vigueur au sein de la CTSQ. J'autorise la CTSQ, le titulaire du contrat et l'assureur ou ses réassureurs ainsi que leurs représentants et mandataires à fournir, à recevoir et à échanger entre eux tout renseignement personnel relatif au traitement de mon dossier (admissibilité et/ou assurabilité) en vertu du régime et à celles de mes personnes à charge, le cas échéant. En cas de décès, j'autorise expressément le preneur, la CTSQ, le bénéficiaire, l'héritier, le liquidateur de ma succession ou le courtier, à fournir à l'assureur, à la demande de celui-ci, tous les renseignements ou autorisations permettant l'étude de la demande d'indemnisation et l'obtention de pièces justificatives. Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, prolongation ou renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original si elle est utilisée aux fins d'échange de renseignements.