# Demande de souscription aux garanties accident

Adventist Risk Management, Inc.
Garanties accident/décès – invalidité accidentels
Courriel : ARMProtect@adventistrisk.org

**LIMITE EMPLOYÉ :** de 5.000 USD minimum à 250.000 USD maximum par incréments de 1.000 USD.

**LIMITE CONJOINT :** de 5.000 USD minimum à 250.000 USD maximum par incréments de 1.000 USD, sans dépasser le montant de l'employé.

**LIMITE ENFANT :** 50 % du montant de l'employé jusqu'à concurrence de 15.000 USD.

| DIVISION | UNION | CONFÉRENCE/ENTITÉ |
|---|---|---|
| | | |

| **IDE** *Cocher d'une croix si IDE* | **NOM DE L'EMPLOYÉ** (Nom, prénom) | **DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR** jj/mm/aa | **DATE DE NAISSANCE** jj/mm/aa | **LIMITE EMPLOYÉE** (EE) | **LIMITE CONJOINT** (SP) | **LIMITE ENFANT** (EAC- enfant à charge) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

NOM DE LA PERSONNE PRÉSENTANT LA DEMANDE POSTE DATE