

**ASSOCIATION DES OFFICIERS DES POSTES DU CANADA
DEMANDE D'ADHÉSION**

No. Membre: _____

Nom de la section		No. d'employé	
Nom du demandeur		NAS	
Nom Prénoms			
Adresse		date de naissance	
No Rue		AA MM JJ	
Ville Province Code Postal		Homme Femme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Lieu de travail		Date de nomination	
Division		AA MM JJ	

Je désire être membre de l'Association des officiers des postes du Canada et autorise l'Association à me représenter à titre d'agent négociateur accrédité en vertu du Code canadien du travail dans les affaires concernant les rapports employé-employeur. J'accepte de me conformer et de respecter les dispositions des Statuts de l'Association des officiers des postes du Canada.
Je déclare avoir payé en ce jour mon droit d'inscription pour devenir membre de l'Association des officiers des postes du Canada au montant de \$.....dollar/s.

Signature du demandeur	Date	Signature du témoin	Date
------------------------	------	---------------------	------

**ASSOCIATION DES OFFICIERS DES POSTES DU CANADA
ASSURANCEVIE COLLECTIVE No. Contrat**

No. Membre: _____

Nom de membre		NAS	
Nom Prénoms			
Adresse		Date de naissance	
No Rue		AA MM JJ	
Ville Province Code Postal		Homme Femme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nom du Bénéficiaire		Situation de famille	
Nom Prénoms		<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Célib. <input type="checkbox"/> Autre	
Lien de parenté		OU SUCCESSION <input type="checkbox"/>	

Je certifie que les renseignements donnés ci-dessus sont exacts et me réserve le droit de changer le bénéficiaire nommé sous réserve d'exigences légales.

IRRÉVOCABLE
 RÉVOCABLE

Signature du membre	Date
---------------------	------

Les membres peuvent faire une demande d'assurance-vie facultative moyennant une preuve médicale de santé et paiement des primes par retenues salariales ou autre par l'entremise de l'AOPC.

Demande d'assurance-vie facultative: Non Oui Montant \$..... (tranche de \$10,000 max \$90,000)