



NOMINATION D'UN COORDONNATEUR AUX ASSURANCES FORMULAIRE RÉPONSE

Le soussigné,	
(Nom de l'assuré)	No. de membre
Nomme par la présente, monsieur ou madame	
(NOM ET TITRE EN CARACTÈRE D'IMPRIMERIE)	
membre du conseil d'administration, pour agir en son nom à titre de coordonnateur aux assurances en tant que correspondant et pour exécuter les décisions de l'assuré auprès de la Mutuelle d'Assurance en Église et que cette personne exerce cette fonction tant qu'elle est membre de ce conseil et n'est pas remplacée par une résolution adoptée par une assemblée régulière du conseil d'administration de l'assuré.	
Date : _____	
Nom du Président de l'assuré (dûment autorisé par résolution) (NOM ET TITRE EN CARACTÈRE D'IMPRIMERIE)	Signature
Renseignements additionnels – Nom des membres du conseil	
OÙ PEUT-ON VOUS JOINDRE?	
MEMBRE	COORDONNATEUR
Téléphone :	Téléphone :
Télécopieur :	Télécopieur :
Adresse courriel :	Adresse courriel :
Prière de retourner ce formulaire dûment complété par télécopieur, courriel (info@cmae.ca) ou par courrier à : La Mutuelle d'Assurance en Église, 1071, rue de la Cathédrale Montréal (Québec) H3B 2V4	