

Pour compléter une inscription au régime d'assurance, veuillez retourner ce formulaire avec un chèque ou un mandat poste à l'ordre de l'ASÉQ. **Seuls les nouveaux étudiants à la session d'hiver peuvent effectuer un changement de couverture.**

**1 INFORMATION DE L'ÉTUDIANT**

Code permanent	Nom de famille	Prénom	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (jj/mm/aa)
Adresse		Ville	Province	Code Postal
Numéro de téléphone Domicile : (    ) Autre : (    )		Courriel		Province d'assurance maladie

**2 INSCRIPTION DE L'ÉTUDIANT**

**Si vous avez déjà été facturé(e) pour le régime d'assurance, vous n'avez pas besoin de remplir cette section.** Si vous n'avez pas été facturé(e) automatiquement par l'université, mais que vous êtes admissible à la couverture, vous devez remplir cette section et **fournir une preuve d'admissibilité** (ex.: relevé de facture universitaire).

Pour un étudiant admissible qui <b>reprend la couverture suite à un retrait permanent</b> (Pénalité de 50% de la couverture choisie – Les frais d'assurance seront ajoutés à votre facture universitaire). Santé <input type="checkbox"/> 27,88 \$                      Dentaire <input type="checkbox"/> 38,50 \$                      Santé et dentaire <input type="checkbox"/> 66,37 \$	<b>Montant à payer pour l'inscription de l'étudiant (si applicable)</b>  _____ \$
Pour un étudiant admissible qui n'a pas été facturé par l'université. Santé <input type="checkbox"/> 55,75 \$                      Dentaire <input type="checkbox"/> 76,99 \$                      Santé et dentaire <input type="checkbox"/> 132,74 \$	
Pour un étudiant international bénéficiant de la couverture d'assurance maladie du Québec (RAMQ), qui veut ajouter la couverture santé à la couverture dentaire déjà offerte ( <b>Vous devez fournir une copie de votre carte d'assurance maladie du Québec</b> ). Santé <input type="checkbox"/> <b>Les frais de 55,75\$ seront ajoutés à votre facture universitaire.</b>	

**3 INSCRIPTION FAMILIALE**

Veuillez noter que les frais additionnels pour l'inscription du conjoint ou de la famille n'incluent pas les frais relatifs à la participation de l'étudiant.

Pour ajouter une (1) personne en plus de l'étudiant (conjoint ou enfant) Santé <input type="checkbox"/> 55,75 \$                      Dentaire <input type="checkbox"/> 76,99 \$                      Santé et dentaire <input type="checkbox"/> 132,74 \$	<b>Montant à payer pour l'inscription familiale</b>  _____ \$
Pour ajouter deux (2) personnes ou plus, en plus de l'étudiant (conjoint et/ou enfant(s)) Santé <input type="checkbox"/> 111,50 \$                      Dentaire <input type="checkbox"/> 153,98 \$                      Santé et dentaire <input type="checkbox"/> 265,48 \$	

**4 FRAIS DE L'INSCRIPTION**

**Additionnez les frais des sections 2 et 3 :** \_\_\_\_\_ \$

**POUR UTILISATION DE L'ASÉQ SEULEMENT**

Reçu:		\$	Date SASS:				Initiales				
AUTOMNE						HIVER					
Étudiant		Conjoint		Famille		Étudiant		Conjoint		Famille	
Santé	Dentaire	Santé	Dentaire	Santé	Dentaire	Santé	Dentaire	Santé	Dentaire	Santé	Dentaire

**5 INFORMATION SUR LES PERSONNES À AJOUTER À VOTRE COUVERTURE**

Nom de famille	Prénom	Lien de parenté conjoint/enfant	Sexe M/F	Date de naissance jj/mm/aa

**6 DÉFINITIONS**

Par **conjoint**, on entend votre conjoint en vertu d'un mariage ou de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou la personne de sexe opposé ou de même sexe qui est publiquement présentée comme étant votre conjoint depuis au moins 1 an. À toute époque, le régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint

Par **enfant**, on entend tout enfant de l'étudiant ou de son conjoint (sauf un enfant pris en foyer nourricier), qui n'est pas lié à une autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi, et qui est âgé de moins de 22 ans. L'enfant de moins de 26 ans qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et dont vous assurez entièrement le soutien sur le plan financier est également considéré comme un enfant. Si votre enfant a plus de 21 ans et moins de 26 ans, vous devez fournir une preuve qu'il est étudiant à temps plein. Si votre enfant a plus de 21 ans, qu'il est handicapé et que vous assurez entièrement son soutien sur le plan financier, il est admissible à la couverture.

Ces bénéficiaires sont assurés par Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie. La couverture voyage est assurée par *CanAssistance* (La Croix Bleue du Manitoba).

**7 INSTRUCTIONS**

Prière de retourner le formulaire **entre le 3 janvier et le 31 janvier 2011**.

Veuillez inclure un chèque ou un mandat poste **à l'ordre de l'ASÉQ**, au montant indiqué à la section 4. Vous devez y inscrire votre code permanent.

Vous devez envoyer le formulaire et le paiement au **1134, Ste-Catherine Ouest # 700, Montréal (Québec), H3B 1H4**.

Des frais administratifs de 25,00 \$ s'appliquent à tous les remboursements d'inscription familiale.

La couverture est valide du 1<sup>er</sup> janvier au 31 août 2011 à condition d'être admissible à la session d'hiver 2011.

Veuillez noter que les médicaments ne sont pas couverts par le régime.

**8 AUTORISATION**

Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'informer l'ASÉQ si j'annule à ma session ou si mon statut d'étudiant est modifié durant la période de couverture.

Je suis autorisé(e) à communiquer des renseignements concernant mon(ma) conjoint(e) et/ou mes enfants inscrits au régime.

En adhérant au régime, j'autorise :

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de service à utiliser les renseignements que contient le présent formulaire et à les échanger dans le but d'établir la tarification, d'assurer la gestion des garanties et de régler les prestations;

ASÉQ inc. et ses mandataires à utiliser les renseignements que contient le présent formulaire dans le but d'assurer la gestion des garanties.

Sauf si indiqué ci-bas, j'accepte que mon nom et mes coordonnées soient aussi utilisés par l'ASÉQ d'ici le 31 août 2011 pour m'envoyer de l'information concernant d'autres produits d'assurance et services spécialement développés pour les étudiants. Je comprends que je peux retirer ce consentement en tout temps.

Je refuse

**J'atteste avoir lu et être en accord avec les conditions indiquées ci-dessus.**

Signature de l'étudiant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_