

PRENEUR DE CONTRAT : UNIVERSITÉ LAVAL

ASSUREUR : Industrielle Alliance

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT(E)

NOM DE L'ADHÉRENT(E) _____

PRÉNOM DE L'ADHÉRENT(E) _____

NUMÉRO DE L'EMPLOYÉ(E) _____

DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____
année mois jour

SEXE : M F

ÉTAT CIVIL : SANS MARIÉ(E) ou CONJOINT(E) DE FAIT
CONJOINT(E) UNI(E) CIVILEMENT Date de cohabitation :
_____ / _____ / _____
Année mois jour

Adresse à domicile (n°, rue, app.) _____

Ville / Province _____

Code postal _____

Téléphone (résidence) : () _____

Téléphone (bureau) : () _____

IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE À ASSURER

NOM, Prénom	SEXE	DATE DE NAISSANCE	Étudiant(e) à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue *	Couvert(e) par un autre régime
	M / F	(aaaa/mm/jj)	OUI / NON	OUI / NON
Conjoint(e) : _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Enfant : _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Enfant : _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Enfant : _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

Veillez noter que seules les personnes à charge désignées sur le présent formulaire pourront être admissibles à l'assurance maladie.

VERSO...

ASSURANCE MALADIE (Contrat n° 24146 – Industrielle Alliance)

Je désire adhérer au type de protection suivant :

(Cochez une des cases suivantes)

Individuelle

Couple

Monoparentale

Familiale

Je ne désire pas adhérer aux protections d'assurance maladie.

Vous devrez fournir une preuve que vous êtes assuré(e) par une autre assurance maladie qui couvre les médicaments selon les normes de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

MOTIF DU CHANGEMENT

Mariage

Naissance

Adoption

DATE DE L'ÉVÉNEMENT : _____

Douze mois de vie commune [conjoint(e) de fait]

Autre (spécifiez) _____

*** DÉFINITION D'ENFANT À CHARGE**

Les enfants âgés de moins de 21 ans, ou de moins de 26 ans s'ils fréquentent à plein temps, à titre d'étudiants dûment inscrits, une institution d'enseignement reconnue, bénéficient de cette protection. Pour tout complément d'information, veuillez vous référer au dépliant d'assurance.

DÉCLARATION ET AUTORISATION

Par la présente, J'ADHÈRE aux garanties auxquelles je suis ou je pourrais devenir admissible en vertu des régimes d'assurance collective de mon employeur ou titulaire de police, sous réserve de toute exemption mentionnée et J'ATTESTE que, à ma connaissance, l'information fournie dans ce formulaire est véridique et complète.

JE CONFIRME que je suis autorisé à divulguer de l'information concernant mes personnes à charge afin de déterminer leur admissibilité dans la mesure où des garanties les touchent. Au nom de mes personnes à charge et en mon propre nom, JE CONSENS à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à mon employeur ou au titulaire de police et aux compagnies d'assurance lorsque requise, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs à des fins de tarification, d'administration et d'acceptation de ma demande de participation et de celle de mes personnes à charge au sein des régimes d'assurance collective de mon employeur ou titulaire de police.

J'AUTORISE mon employeur à effectuer tout prélèvement nécessaire sur mon salaire dans le cas où des cotisations doivent être effectuées dans le cadre de mes régimes d'assurance collective et à remettre les sommes aux compagnies d'assurance.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente déclaration et autorisation possède la même validité que l'original.

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT(E) :

DATE : _____

Réservé au Secteur rémunération et avantages sociaux du Service des ressources humaines

Date de modification : _____
année / mois / jour

Date de vérification : _____
année / mois / jour

Initiales – Représentant(e) _____