

Pour compléter une inscription au régime d'assurance, veuillez retourner ce formulaire avec un chèque ou un mandat poste à l'ordre de l'ASEQ.

1 INFORMATION DE L'ÉTUDIANTE OU L'ÉTUDIANT				
Code ASEQ	Nom de famille	Prénom	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Adresse		Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone Domicile : Autre :		Courriel		Province d'assurance maladie

2 INSCRIPTION DE L'ÉTUDIANTE OU L'ÉTUDIANT

Si vous avez déjà été facturée ou facturé pour le régime d'assurance, vous n'avez pas besoin de remplir cette section.

Si vous n'avez pas été facturée ou facturé automatiquement par l'École du Barreau, mais que vous êtes admissible à la couverture, vous devez remplir cette section et fournir une **PREUVE D'ADMISSIBILITÉ** (reçu de paiement).

Pour une étudiante ou un étudiant admissible qui n'a pas été facturée ou facturé par l'École du Barreau. Santé <input type="checkbox"/> 152,73 \$ Dentaire <input type="checkbox"/> 165,41 \$ Santé et Dentaire <input type="checkbox"/> 318,14 \$	Montant à payer pour l'inscription de l'étudiante ou étudiant _____ \$
---	--

3 INSCRIPTION FAMILIALE

Veillez noter que les frais additionnels pour l'inscription de la conjointe ou du conjoint ou de la famille n'incluent pas les frais relatifs à la participation de l'étudiante ou étudiant. L'inscription doit être faite chaque année de couverture.

La couverture de la conjointe ou du conjoint ou de la famille doit être égale ou inférieure à celle de la couverture du membre du Régime.

Pour ajouter une (1) personne en plus de l'étudiante ou l'étudiant (conjointe ou conjoint ou un enfant) Santé <input type="checkbox"/> 152,73 \$ Dentaire <input type="checkbox"/> 165,41 \$ Santé et Dentaire <input type="checkbox"/> 318,14 \$	Montant à payer pour l'inscription familiale _____ \$
Pour ajouter deux (2) personnes ou plus, en plus de l'étudiante ou étudiant (conjointe ou conjoint et enfants) Santé <input type="checkbox"/> 305,46 \$ Dentaire <input type="checkbox"/> 330,82 \$ Santé et Dentaire <input type="checkbox"/> 636,28 \$	

4 FRAIS DE L'INSCRIPTION

Additionnez les frais des sections 2 et 3 :	_____ \$
---	----------

POUR UTILISATION INTERNE SEULEMENT													
Date reçue				\$				Date SASS				Initiales	
AUTOMNE						HIVER							
Individuelle		Couple		Famille		Individuelle		Couple		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(e)/enfant)	Sexe (M/F)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)

6 ADMISSIBILITÉ POUR LES PERSONNES À CHARGE

Par conjointe ou conjoint, on entend votre conjointe ou 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 conjointe ou conjoint depuis au moins 1 an. En tout temps, le Régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjointe ou conjoint.

Par enfant, on entend tout enfant de l'étudiante ou étudiant ou de sa conjointe ou 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 ou elle étudie 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 ou elle est admissible à la couverture.

Ces bénéficiaires sont assurés par Desjardins Assurances. La couverture voyage est assurée par CanAssistance (Croix Bleue).

7 INSTRUCTIONS

Prière de retourner le formulaire entre **le 1^{er} septembre et le 1^{er} octobre 2018**.

Veuillez inclure les documents suivants lors de votre soumission :

- Un chèque ou un mandat poste **à l'ordre de l'ASEQ**, au montant indiqué à la section 4.
- Preuve d'admissibilité : « reçu de paiement ». Ceci doit inclure votre nom ainsi que les frais de l'AEEBM.

Vous devez envoyer le formulaire et le paiement au 1200, avenue McGill College, bureau 2200, Montréal (Québec) H3B 4G7.

Des frais administratifs de 25,00 \$ s'appliquent à tous les remboursements d'inscription pendant la période de retrait et de changement de couverture. Après cette période, aucun remboursement d'inscription ne sera admis.

La couverture est valide du 10 août 2018 au 9 août 2019.

8 AUTORISATION

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

Je suis autorisée ou autorisé à communiquer des renseignements concernant ma conjointe ou mon conjoint et mes enfants inscrits au Régime.

En adhérant au Régime, j'autorise :

- Desjardins Assurances, 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.
- ASEQ inc. et ses mandataires à utiliser les renseignements que contient le présent formulaire dans le but d'assurer la gestion des garanties du Régime ou de tout autre service qu'ils m'ont fourni.

Le montant à payer comprend toutes les sommes à payer, incluant les frais d'inscription de la conjointe ou du conjoint ou de la famille et peut comprendre des frais administratifs et d'autres émoluments.

Je voudrais que mon nom, mon courriel et mes coordonnées soient utilisés par l'ASEQ pour m'envoyer de l'information concernant d'autres produits d'assurance et services spécialement développés pour les étudiantes et étudiants. Je comprends que je peux retirer ce consentement en tout temps.

Signature : _____

Date : _____