



Régime étudiant de soins de santé et dentaires de l'AEEBM
Formulaire de retrait
Date limite de réception : 1^{er} octobre 2018



Seules les étudiantes et étudiants ayant autorisé l'École du Barreau à nous fournir certaines informations personnelles (ex. : date de naissance et numéro d'intervenant) peuvent faire un changement de couverture à l'aide du système sécurisé de retrait et d'inscription familiale en ligne. Les étudiantes et étudiants qui n'ont pas donné l'autorisation à l'École du Barreau doivent utiliser ce formulaire pour se retirer du Régime.

Pour bien vous identifier et afin de maintenir la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels que vous nous transmettez, veuillez s'il vous plaît compléter ce formulaire papier si vous désirez vous retirer du Régime de soins de santé et dentaires de votre association étudiante.

Pour information : www.aseq.ca ou 514 789-8774 ou 1 866 795-4434 (sans frais)

1 INFORMATION SUR L'ÉTUDIANTE OU L'ÉTUDIANT

Nom et prénom de l'étudiante ou étudiant			
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance (jj/mm/aaaa)	
Adresse (numéro civique, rue, appartement)		Ville	Province
			Code postal
Numéro de téléphone		Courriel	

2 RETRAIT

Vous pouvez refuser d'adhérer aux bénéfices offerts par le Régime de l'AEEBM en cochant l'option applicable.

Pour que votre retrait ou changement de couverture soit traité, ce formulaire doit être dûment rempli et parvenir à l'ASEQ à l'adresse indiquée au bas du formulaire avant la fin de la période de retrait et de changement de couverture, soit avant le 1^{er} octobre 2018.

- Je refuse seulement la couverture de soins de santé de l'AEEBM
 Je refuse seulement la couverture de soins dentaires de l'AEEBM

OU

- Je refuse la couverture de soins de santé et dentaires de l'AEEBM

Le Régime étudiant a été bonifié pour s'ajuster à l'indexation continue des frais de santé. De plus, de nouveaux bénéfices ont aussi été ajoutés pour mieux répondre aux besoins actuels des étudiantes et étudiants.

Notez qu'il vous est possible de revenir à la couverture de base :

- Je désire revenir à la couverture de base du Régime de soins de santé de l'AEEBM
 Je désire revenir à la couverture de base du Régime de soins dentaires de l'AEEBM

OU

- Je désire revenir à la couverture de base du Régime de soins de santé et dentaires de l'AEEBM

Vous recevrez un chèque à l'adresse que vous avez fournie ci-dessus pour le montant correspondant. Si à la fin du mois de novembre vous n'avez pas reçu votre remboursement, veuillez nous contacter à service@aseq.com ou par téléphone au 514 789-8774 ou 1 866 795-4434 (sans frais).

Service de dépôt direct

Si vous désirez que votre remboursement soit effectué au moyen d'un dépôt direct à votre compte bancaire, veuillez joindre un chèque portant la mention « Annulé » ou une photocopie lisible d'un chèque à la présente demande.

- Je joins un spécimen de chèque ou une photocopie lisible d'un chèque à la présente demande pour me prévaloir du service de dépôt direct.

Mon retrait sera valide du 10 août 2018 au 9 août 2019. En août 2019, si je suis toujours étudiante ou étudiant admissible, je serai de nouveau inscrite ou inscrit au Régime et je devrai soumettre une autre demande de retrait si je ne veux pas bénéficier des avantages offerts par le Régime.

3 AUTORISATION ET SIGNATURE POUR LE RETRAIT

J'atteste que les déclarations sont exactes et véridiques. Une photocopie ou une version électronique du présent formulaire a la même valeur que l'original. Par la présente, je décline la couverture de soins de santé ou dentaires offerte par mon association. Je comprends que le régime auquel je refuse de participer peut ne pas être identique à un régime que je posséderais présentement. Je comprends également que je peux être admissible pour réclamer et combiner les bénéfices des deux régimes si je choisisais de ne pas me retirer du présent Régime de soins de santé et dentaires.

Les étudiantes et étudiants qui choisissent de se retirer du présent Régime libèrent l'assureur, l'AEEBM, l'ASEQ et toutes les parties impliquées de toute responsabilité qui puisse être imputable pour toute perte subie par l'étudiante ou l'étudiant. Il est de la responsabilité de l'étudiante ou étudiant de se familiariser avec le Régime avant de s'en retirer.

Sauf si indiqué ci-dessous, j'accepte que mon nom et mes coordonnées soient utilisées 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.

Je refuse

Signature de l'étudiante ou l'étudiant X	Date (jj/mm/aaaa) / /
---	--------------------------

Adresse à laquelle retourner le formulaire :

ASEQ
1200, avenue McGill College, bureau 2200
Montréal (Québec) H3B 4G7