



Université Laval
Inscription – AUTOMNE 2023
Assurance santé et dentaire de l'ÆLIÉS et de
l'AMReQ
Date limite : 16 octobre 2023



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						
No. d'assuré ASEQ	Nom légal	Prénom légal	Prénom choisi	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'université, mais que vous êtes admissible à la couverture, vous devez remplir cette section et fournir une **PREUVE D'ADMISSIBILITÉ** (sommaire de compte). Veuillez choisir seulement **une option parmi les suivantes** :

Pour une étudiante ou un étudiant de l'ÆLIÉS admissible qui n'a pas été facturé par l'université. Santé <input type="checkbox"/> 243,43 \$ Dentaire <input type="checkbox"/> 235,65 \$ Santé et Dentaire <input type="checkbox"/> 479,08 \$	Montant à payer pour l'inscription de l'étudiante ou l'étudiant _____ \$
Pour une étudiante ou un étudiant de l'ÆLIÉS admissible qui reprend la couverture à la suite d'un retrait permanent. Santé <input type="checkbox"/> 243,43 \$ Dentaire <input type="checkbox"/> 235,65 \$ Santé et Dentaire <input type="checkbox"/> 479,08 \$	
Pour une étudiante ou un étudiant international de l'ÆLIÉS qui bénéficient de la couverture d'assurance maladie du Québec (RAMQ) et qui veut ajouter la couverture santé à la couverture dentaire déjà offerte, vous devez fournir une copie de votre carte d'assurance maladie du Québec. Santé <input type="checkbox"/> 243,43 \$	
Pour une étudiante ou un étudiant admissible de l'AMReQ qui n'a pas été facturé par l'université. Dentaire <input type="checkbox"/> 235,65 \$	
Pour une étudiante ou un étudiant admissible de l'AMReQ qui reprend la couverture à la suite d'un retrait permanent. Dentaire <input type="checkbox"/> 235,65 \$	

3 INSCRIPTION FAMILIALE

Veuillez 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 l'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"/> 243,43 \$ Dentaire <input type="checkbox"/> 235,65 \$ Santé et Dentaire <input type="checkbox"/> 479,08 \$	Montant à payer pour l'inscription familiale _____ \$
Pour ajouter deux (2) personnes ou plus, en plus de l'étudiante ou l'étudiant (conjointe ou conjoint et enfants) Santé <input type="checkbox"/> 486,86 \$ Dentaire <input type="checkbox"/> 471,30 \$ Santé et Dentaire <input type="checkbox"/> 958,16 \$	

4 FRAIS DE L'INSCRIPTION

Additionnez les frais des sections 2 et 3 :

_____ \$

POUR UTILISATION INTERNE SEULEMENT

Date reçue						\$	Date SAS				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 légal	Prénom légal	Prénom choisi	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 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 l'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 ou elle 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 la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada/Securian Canada.

Les soins d'affirmation de genre sont fournis par GreenShield.

7 INSTRUCTIONS

Prière de retourner le formulaire entre le **15 septembre et le 16 octobre 2023**.

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. **Vous devez inscrire votre numéro d'assuré ASEQ dans la section « mémo ».**
- Preuve d'admissibilité : « sommaire de compte ». Ceci doit inclure votre nom, votre numéro d'assuré ASEQ ainsi que les frais de l'AELIÉS ou de l'AMReQ.

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 1^{er} septembre 2023 au 31 août 2024 à condition de demeurer admissible à la session d'hiver 2024.

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, la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada/Securian Canada, GreenShield, leurs mandataires et leurs 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 : _____