



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					
Matricule étudiant	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** (copie détaillée de la facture étudiante). Veuillez choisir seulement **une option parmi les suivantes** :

Pour une étudiante ou un étudiant admissible qui n'a pas été facturée ou facturé. Dentaire <input type="checkbox"/> 148,17 \$	Montant à payer pour l'inscription de l'étudiante ou l'étudiant _____ \$
Pour une étudiante ou un étudiant admissible qui reprend la couverture à la suite d'un retrait permanent , vous devez payer des frais de pénalité de 50 % de la couverture. Dentaire <input type="checkbox"/> 74,08 \$ <i>Les frais d'assurance seront ajoutés à votre facture étudiante.</i>	

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.

Pour ajouter une (1) personne en plus de l'étudiante ou l'étudiant (conjointe ou conjoint ou un enfant) Dentaire <input type="checkbox"/> 148,17 \$	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) Dentaire <input type="checkbox"/> 296,34 \$	

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
Dentaire	Dentaire	Dentaire	Dentaire	Dentaire	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.

7 INSTRUCTIONS

Prière de retourner le formulaire entre **le 1^{er} septembre et le 2 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 matricule étudiant dans la section « mémo ».**
- Preuve d'admissibilité : « **copie détaillée de la facture étudiante** ». Ceci doit inclure votre nom, votre matricule étudiant ainsi que les frais de l'AMReS.

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.

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 : _____