

IMPORTANT : L'assureur vous transmettra une attestation dans un délai de 1 à 2 mois suivant la date d'effet de la modification. Veuillez conserver vos reçus et attendre de recevoir l'attestation avant de soumettre une réclamation à l'assureur.

NOM DU PRENEUR DE CONTRAT : Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval (SPUL)
ASSUREUR : Croix Bleue Medavie

SECTION 1

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT(E)

NOM : _____
PRÉNOM : _____
N° DE L'EMPLOYÉ(E) : _____
DATE DE NAISSANCE : _____ **SEXE :** M F
année mois jour
ÉTAT CIVIL : SANS MARIÉ(E) OU CONJOINT(E) DE FAIT
CONJOINT(E) UNI(E) CIVILEMENT Début de la cohabitation :
Année mois jour Année mois jour
Adresse : _____
Ville / Province : _____
Code postal : _____
Téléphone (résidence) : _____ **Téléphone (bureau) :** _____

SECTION 2

IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE POUR L'ASSURANCE SANTÉ

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) : _____	/	_____		/
Enfant* : _____	/	_____	/	/
Enfant* : _____	/	_____	/	/
Enfant* : _____	/	_____	/	/
Enfant* : _____	/	_____	/	/

Veuillez noter que seules les personnes à charge désignées sur le présent formulaire seront admissibles à l'assurance. Tout ajout ou retrait d'une personne à charge devra se faire par écrit au Bureau des assurances collectives, à l'aide du formulaire approprié, disponible dans la section Assurances collectives - Assurances santé de votre groupe d'emploi dans l'intranet des ressources humaines (intranet.ulaval.ca).

*** DÉFINITION D'ENFANT À CHARGE**

Enfant du participant ou du conjoint(e) résidant au Canada qui est âgé de moins de 21 ans, ou de moins de 26 ans et fréquentant à temps plein à titre d'étudiant dûment inscrit une institution d'enseignement reconnue (une confirmation de fréquentation scolaire sera exigée par l'assureur), ou est devenu invalide de façon totale et permanente alors qu'il était considéré comme enfant à charge. Pour tout complément d'information, veuillez vous référer au livret d'assurance.

VERSO...

SECTION 3

ASSURANCE SANTÉ (Contrat no 39741)

VOUS AVEZ 64 ANS ET MOINS, complétez cette partie

Je désire adhérer à la couverture suivante :

(Cochez une des cases suivantes)

Régime de base

Changement permis le 1^{er} juin ou le 1^{er} décembre seulement.

Régime élargi

Obligation de le conserver durant trois (3) ans.

Changement permis le 1^{er} juin ou le 1^{er} décembre seulement.)

Je ne désire pas adhérer au régime d'assurance santé.

Vous devrez fournir une preuve que vous êtes assuré(e) par un autre régime d'assurance collective comportant des protections similaires.

VOUS AVEZ 65 ANS ET PLUS, complétez cette partie

Je suis inscrit au régime public d'assurance médicaments du Québec (RPAM) géré par la RAMQ et je désire adhérer à la couverture suivante :

(Cochez une des cases)

Régime de base

avec RÉDUCTION DE LA PRIME

Changement permis le 1^{er} juin ou le 1^{er} décembre seulement.

Régime élargi

avec RÉDUCTION DE LA PRIME

Obligation de le conserver durant trois (3) ans.

Changement permis le 1^{er} juin ou le 1^{er} décembre seulement.

Je ne suis pas inscrit au régime public d'assurance médicaments du Québec (RPAM) géré par la RAMQ et je désire adhérer à la couverture suivante :

(Cochez une des cases)

Régime de base

avec APPLICATION D'UNE SURPRIME

Changement permis le 1^{er} juin ou le 1^{er} décembre seulement.

Régime élargi

avec APPLICATION D'UNE SURPRIME

Obligation de le conserver durant trois (3) ans.

Changement permis le 1^{er} juin ou le 1^{er} décembre seulement.

Je ne désire pas adhérer aux protections additionnelles offertes par le Régime d'assurance collective des professeurs et professeures de l'Université Laval

Vous devrez fournir une preuve que vous êtes assuré(e) par un autre régime d'assurance collective comportant des protections similaires.

SECTION 4

STATUT DE PROTECTION

Individuel

Monoparental

Familial

SECTION 5

MOTIF DU CHANGEMENT

DATE DE L'ÉVÉNEMENT (AAAA-MM-JJ) : _____

Début d'admissibilité d'une conjointe ou d'un conjoint

Perte du droit d'adhésion de la conjointe ou du conjoint au régime collectif de son employeur

Naissance ou adoption d'un enfant à charge

Fin de l'admissibilité ou décès d'une personne à charge

Atteinte de 65 ans

Autre (spécifiez) _____

DÉCLARATION ET AUTORISATION

Je reconnais avoir pris connaissance des renseignements indiqués ci-haut. Je reconnais que les garanties offertes sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions stipulées au contrat. En cas de décès, j'autorise expressément mon ou mes bénéficiaires, héritiers ou liquidateurs de ma succession, à fournir à l'assureur tous les renseignements ou autorisations jugés nécessaires pour l'étude de la réclamation et l'obtention de pièces justificatives. J'autorise mon employeur à déduire les primes requises de mon salaire à les verser au Comité de gestion des assurances collectives.

Je reconnais que la prime d'assurance santé équivaudra à la période de paie entière à laquelle la modification a lieu.

Les renseignements personnels que le Bureau des assurances collectives (BAC) détient ou détiendra à votre sujet seront traités de façon confidentielle et seront consignés dans un dossier dont l'objet est de vous permettre de bénéficier des avantages sociaux qu'il administre. Ils ne seront consultés que par le personnel du BAC qui doit y avoir recours dans l'exercice de ses fonctions.

Vous pouvez avoir accès à votre dossier et faire rectifier des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, équivoques, périmés ou non nécessaires. Vous devez alors faire une demande écrite au BAC.

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT(E) :

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DU BAC :

DATE :

DATE :

Veillez transmettre votre formulaire d'adhésion dûment rempli et signé par courriel au Bureau des assurances collectives (VUM@vrrh.ulaval.ca) et conserver une copie pour vos dossiers. Les accès libre-service employé de PeopleSoft RH (Université Laval) et celui de l'assureur (7fc]l '6`Yi Y'A YXUj JYŁ vous permettent de consulter le sommaire de vos couvertures exactes d'assurances collectives.