

# ASSURANCE SANTÉ MODIFICATION

RÉGIME D'ASSURANCES COLLECTIVES

**PROFESSEURS ET PROFESSEURES DE L'UNIVERSITÉ LAVAL**

Preneur : Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval (SPUL)

Assureur : Croix Bleue Medavie

**IMPORTANT :** Prévoir un délai de 2 à 3 semaines suivant la réception du formulaire pour le traitement de votre dossier chez l'assureur.  
Conservez vos reçus et attendez de recevoir la confirmation de l'assureur avant de soumettre une réclamation.

## Section 1 - Identification de l'adhérente ou de l'adhérent

NUMÉRO D'EMPLOYÉ(E) OU NUMÉRO D'IDENTIFICATION		IDUL
NOM	PRÉNOM	
SEXE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ÉTAT CIVIL <input type="checkbox"/> Sans conjoint(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait depuis le :	année    mois    jour

## Section 2 - Type de modification

**JE DÉSIRE :**

- Modifier mon régime d'assurance (base ou élargi)**  
*Remplir les sections 3, 4, 5 et signer*
- Modifier ma protection d'assurance (individuelle, monoparentale ou familiale)**  
*Remplir les sections 3, 4, 5 et 6 et signer*
- Ajouter ou retirer une personne à charge (sans impact sur le type de protection)**  
*Remplir les sections 3 et 6 et signer*
- Renoncer à ma couverture d'assurance santé \***  
*Remplir la section 3 et signer*

\* En plus du présent formulaire, veuillez fournir une preuve de votre couverture par une autre assurance santé couvrant les médicaments selon les normes de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

## Section 3 - Motif et date de la modification

**MOTIF DU CHANGEMENT :**

- Début d'admissibilité d'une personne à charge (personne conjointe ou enfant)
- Naissance ou adoption d'un enfant à charge
- Perte du droit d'adhésion de la personne conjointe au régime collectif de son employeur
- Fin de l'admissibilité d'une personne à charge (personne conjointe ou enfant)
- Début d'une autre couverture d'assurance
- Atteinte de 65 ans
- Autre : \_\_\_\_\_

**DATE DE L'ÉVÉNEMENT :**

année	mois	jour
-------	------	------

## Section 4 - Type de régime

**Je désire adhérer au régime suivant :**

- Régime de base**  
*Changement permis le 1<sup>er</sup> juin ou le 1<sup>er</sup> décembre seulement.*
- Régime élargi**  
*Obligation de le maintenir un minimum de trois ans avant un éventuel passage au régime de base. Changement permis le 1<sup>er</sup> juin ou le 1<sup>er</sup> décembre seulement.*

## Section 4 – Type de régime (suite)

### À REMPLIR UNIQUEMENT SI VOUS AVEZ 65 ANS ET PLUS

- JE SUIS INSCRIT(E) au régime public d'assurance médicaments du Québec (RPAM) géré par la RAMQ**  
*Réduction de la prime - Coassurance entre le RPAM et Croix Bleue Medavie*
- JE NE SUIS PAS INSCRIT(E) au régime public d'assurance médicaments du Québec (RPAM) géré par la RAMQ**  
*Application d'une surprime - Protection avec Croix Bleue Medavie uniquement*

## Section 5 - Statut de protection

- Individuel  Monoparental  Familial

## Section 6 - Identification des personnes à charge à assurer

### Personne conjointe :

NOM, PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (année, mois, jour)	SEXE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	COUVERT(E) PAR UNE AUTRE ASSURANCE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MAINTIEN, AJOUT OU RETRAIT <input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait
-------------	--	---	--	---

### Enfants à charge\*

NOM, PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (année, mois, jour)	SEXE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	COUVERT(E) PAR UNE AUTRE ASSURANCE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MAINTIEN, AJOUT OU RETRAIT <input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait

\* DÉFINITION D'ENFANT À CHARGE : Enfant de l'adhérent(e) ou de la personne conjointe qui est âgé de moins de 21 ans, ou de moins de 26 ans et étudiant à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue, ou souffrant d'une déficience physique ou mentale alors qu'il était considéré comme enfant à charge. Pour tout complément d'information, veuillez vous référer au livret d'assurance.

## DÉCLARATION ET AUTORISATION

**JE CONFIRME** que j'ai l'autorisation de divulguer de l'information concernant mes personnes à charge afin de déterminer leur admissibilité dans la mesure où des garanties les concernent. Au nom de mes personnes à charge et en mon propre nom, **JE CONSENS** à ce que l'information fournie dans le présent formulaire ainsi que toute autre information nécessaire en lien avec les assurances collectives soient divulguées à mon employeur ou au titulaire de police et à la compagnie d'assurance lorsque requise, aux membres de son personnel, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs à des fins de tarification, d'administration et d'acceptation de ma demande de participation et de celle de mes personnes à charge au sein des régimes d'assurance collective de mon employeur ou titulaire de police.

**J'AUTORISE** mon employeur à effectuer tout prélèvement nécessaire sur mon salaire dans le cas où des primes doivent être défrayées dans le cadre de mes régimes d'assurance collective et à remettre les sommes aux compagnies d'assurance.

**JE RECONNAIS** que la prime d'assurance santé équivaldra à la période de paie entière.

**JE RECONNAIS** qu'une copie de la présente déclaration et autorisation possède la même validité que l'original.

SIGNATURE DE L'ADHÉRENTE OU DE L'ADHÉRENT

DATE

année      mois      jour

Veuillez transmettre votre formulaire dûment rempli et signé par courriel au Vice-rectorat aux ressources humaines et aux finances : [bac@vrrh.ulaval.ca](mailto:bac@vrrh.ulaval.ca) et conserver une copie pour vos dossiers.

### RÉSERVÉ AU VICE-RECTORAT AUX RESSOURCES HUMAINES ET AUX FINANCES

DATE DE LA MODIFICATION:

DATE DE RÉCEPTION :

DATE DE SAISIE :

INITIALES - VRRHF :