

RÉGIME DENTAIRE ARM (Q1090) FORMULAIRE D'INSCRIPTION ET DE RETRAIT

Pour plus d'informations : www.studentcare.ca

1 INFORMATIONS À COMPLÉTER PAR LES RESSOURCES HUMAINES	
Hôpital	Date de début de la couverture ou de la modification (JJ/MM/AAAA)
Nouvelle ou nouveau membre du Régime <input type="checkbox"/>	Modification de la couverture <input type="checkbox"/>
Facturation : Individuelle <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/>	

2 DÉTAILS SUR LE/LA MEMBRE DU RÉGIME			
Numéro d'employée 0 0 0 0	Nom	Prénom	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)			
Adresse	Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone	Courriel		
Couverture choisie : Retrait <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Couple (1 personne à charge) <input type="checkbox"/> Familiale (2 personnes à charge et plus) <input type="checkbox"/>			

3 RETRAIT
Tu peux effectuer un retrait du Régime en cochant la case ci-dessous : Je choisis de me retirer <input type="checkbox"/>
Les retraites sont permanents, ce qui signifie que tu seras retirée pour la durée de ta résidence à McGill. Si tu souhaites t'inscrire de nouveau, tu dois en informer la personne-ressource et remplir le formulaire.

AUTORISATION ET SIGNATURE POUR LE RETRAIT — SIGNE SEULEMENT POUR UN RETRAIT	
Je déclare que toute l'information indiquée plus haut est exacte et véridique. Une photocopie ou la version électronique de ce présent formulaire est aussi valide que l'original. Par la présente, je décline la couverture dentaire offerte par mon association. Je comprends que le régime auquel je refuse de participer peut ne pas être identique au régime que je possède 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 dentaire.	
Je comprends qu'en choisissant de me retirer du présent Régime, je libère l'assureur, l'ARM, Studentcare et toute autre partie impliquée de toute responsabilité à l'égard de pertes éventuelles subies par moi ou mes personnes à charge. Il m'incombe de me familiariser avec le Régime avant de modifier ma couverture.	
<input type="checkbox"/> Je voudrais que mon nom, courriel, et mes coordonnées soient utilisés par Studentcare pour m'envoyer de l'information concernant d'autres produits d'assurance et services spécialement développés pour les étudiant-es. Je comprends que je peux retirer ce consentement en tout temps.	
Signature	Date (JJ/MM/AAAA)

4 INSCRIPTION D'UNE CONJOINTE — COMPLÈTE CETTE SECTION SEULEMENT POUR INSCRIRE UNE CONJOINT-E			
IMPORTANT : ta personne à charge doit d'abord faire une réclamation auprès du régime de son employeur.			
Conjointe : Par conjointe, on entend ta conjointe 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 ta conjointe depuis au moins 1 an.			
Nom	Prénom	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

INSCRIPTION DES ENFANTS À CHARGE — COMPLÈTE CETTE SECTION SEULEMENT POUR INSCRIRE DES ENFANTS	
IMPORTANT : les réclamations pour les enfants doivent être d'abord soumises au régime du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année.	
Enfant : Par enfant, on entend tout enfant de l'étudiante ou de son/sa conjointe (sauf un-e enfant prise en foyer nourricier), qui n'est pas liée à une autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi, et qui est âgée 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	

RÉGIME DENTAIRE ARM (Q1090) FORMULAIRE D'INSCRIPTION ET DE RETRAIT

(Canada) et dont tu assures entièrement le soutien sur le plan financier est également considérée comme une enfant. Tu devras fournir une preuve qu'il/elle étudie à temps plein. Si ton enfant a plus de 21 ans et qu'il/elle est handicapée et que tu assures entièrement son soutien sur le plan financier, il/elle est admissible à la couverture.

Nom de l'enfant (nom, prénom)	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe	Étudiante	Handicapée
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

PRIMES POUR L'INSCRIPTION ET INFORMATION

COÛT POUR L'INSCRIPTION INDIVIDUELLE

Inscription individuelle : 273,81 \$

L'inscription individuelle est automatique, un formulaire et chèque ne sont pas nécessaires.

Le coût est prélevé directement sur la paie (retenues salariales).

COÛT POUR L'INSCRIPTION FAMILIALE

1 personne à charge : 273,81 \$

2 personnes à charge et plus : 547,62 \$

Tu dois envoyer le formulaire et le paiement au 1200, avenue McGill College, bureau 2200, Montréal (Québec) H3B 4G7.

Lorsque tu soumetts ce formulaire pour **une inscription**, tu dois joindre un chèque ou un mandat-poste à l'ordre de Studentcare pour le montant indiqué ci-dessus. Indique ton numéro d'identification dans la section « mémo » du chèque ou du mandat-poste.

Des frais administratifs de 25 \$ 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.

Période de couverture :

La couverture est valide du 1^{er} juillet 2024 au 30 juin 2025.

5 AUTORISATION ET SIGNATURE POUR L'INSCRIPTION — SIGNE SEULEMENT POUR UNE INSCRIPTION

Je comprends que la couverture pour mes personnes à charge dépend de mon inscription au Régime. Si je ne suis plus admissible au Régime, la couverture pour mes personnes à charge prendra fin.

Je suis autorisée à communiquer des renseignements concernant mes personnes à charge pour les fins de cette inscription.

En adhérant à ce Régime, j'autorise :

- Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, 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 ;
- Studentcare 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.

Je voudrais que mon nom, courriel et mes coordonnées soient utilisés par Studentcare pour m'envoyer de l'information concernant d'autres produits d'assurance et services spécialement développés pour les étudiant-es. Je comprends que je peux retirer ce consentement en tout temps.

Signature

Date (JJ/MM/AAAA)