

Pour compléter une inscription au régime d'assurance, veuillez retourner ce formulaire avec un chèque ou un mandat poste à l'ordre de Studentcare.
Pour être admissible au Régime, vous et vos personnes devez être inscrit à un régime privé ou un régime d'assurance maladie provincial.

1 INFORMATION DE L'ÉTUDIANT					
Numéro d'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'ÉTUDIANT

Si vous avez déjà été facturé pour le régime d'assurance, vous n'avez pas besoin de remplir cette section.

Si vous n'avez pas été facturé automatiquement par l'université, mais que vous êtes admissible à la couverture, vous devez remplir cette section et fournir une **PREUVE D'ADMISSIBILITÉ** (relevé de frais de scolarité).

Pour un étudiant à plein temps à l'hiver admissible au Régime. Santé <input type="checkbox"/> 175,33 \$ Dentaire <input type="checkbox"/> 168,94 \$ Santé et Dentaire <input type="checkbox"/> 218,80 \$ <i>Ces frais incluent les frais d'association de 126,07 \$.</i>	Montant à payer pour l'inscription de l'étudiant _____ \$
Pour un étudiant à temps partiel à l'hiver admissible au Régime. Santé <input type="checkbox"/> 116,24 \$ Dentaire <input type="checkbox"/> 152,71 \$ Santé et Dentaire <input type="checkbox"/> 159,11 \$ <i>Ces frais incluent les frais d'association de 66,98 \$.</i>	Montant à payer pour l'inscription de l'étudiant _____ \$

3 INSCRIPTION FAMILIALE

Veuillez noter que les frais additionnels pour l'inscription du conjoint ou de la famille n'incluent pas les frais relatifs à la participation de l'étudiant. L'inscription doit être faite chaque année de couverture.

Pour ajouter une (1) personne (un conjoint ou un enfant) Santé <input type="checkbox"/> 49,26 \$ Dentaire <input type="checkbox"/> 42,87 \$ Santé et Dentaire <input type="checkbox"/> 92,13 \$	Montant à payer pour l'inscription familiale _____ \$
Pour ajouter deux (2) personnes ou plus (un conjoint et des enfants) Santé <input type="checkbox"/> 98,52 \$ Dentaire <input type="checkbox"/> 85,73 \$ Santé et Dentaire <input type="checkbox"/> 184,25 \$	

4 FRAIS DE L'INSCRIPTION

Additionnez les frais des sections 2 et 3 :	_____ \$
---	----------

POUR STUDENTCARE SEULEMENT (NE PAS REMPLIR)								
Date reçue			\$	Date SAS			Initiales	
AUTOMNE			HIVER			PRINTEMPS		
Individuelle	Couple	Famille	Individuelle	Couple	Famille	Individuelle	Couple	Famille
Santé et Dentaire	Santé et Dentaire	Santé et Dentaire	Santé et Dentaire	Santé et Dentaire	Santé et Dentaire	Santé et Dentaire	Santé et Dentaire	Santé et 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 conjoint, on entend votre 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 conjoint depuis au moins 1 an. En tout temps, le Régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint.

Par enfant, on entend tout enfant de l'étudiant ou de 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 étudie à temps plein. Si votre enfant a plus de 21 ans, qu'il est handicapé et que vous assurez entièrement son soutien sur le plan financier, il est admissible à la couverture.

Ces bénéficiaires sont assurés par GreenShield et Desjardins Assurances. La couverture voyage est assurée par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada/Securian Canada.

7 INSTRUCTIONS

Prière de retourner le formulaire entre le **30 avril et 14 mai 2024**

Veillez inclure les documents suivants lors de votre soumission :

- Un chèque ou un mandat poste à l'**ordre de Studentcare**, au montant indiqué à la section 4. **Vous devez inscrire votre numéro d'étudiant dans la section « mémo ».**
- Preuve d'admissibilité : « relevé de frais de scolarité ». Ceci doit inclure votre nom et votre numéro d'étudiant.

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 changement de couverture. Après cette période, aucun remboursement d'inscription ne sera admis.

La couverture est valide du 1^{er} mai au 31 août 2024.

8 AUTORISATION

Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'informer Studentcare si j'annule ma session ou si mon statut d'étudiant est modifié durant la période de couverture.

Je suis autorisée ou autorisé à communiquer des renseignements concernant mon conjoint et mes enfants inscrits au Régime.

En adhérant au Régime, j'autorise :

- GreenShield, Desjardins Assurances, la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada/Securian Canada, 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.
- 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, mon 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 étudiants. Je comprends que je peux retirer ce consentement en tout temps.

Signature : _____

Date : _____