



**Cégep de Chicoutimi**  
**Inscription – HIVER 2023**  
**Assurance santé et dentaire de l'AGEECC**  
**Date limite : 14 février 2023**



Pour compléter votre inscription au régime d'assurance, veuillez retourner ce formulaire avec un chèque ou un mandat poste à l'ordre de l'ASEQ.  
**Seulement les étudiantes et étudiants qui débutent leurs études à l'hiver peuvent effectuer une inscription individuelle ou familiale.**

1 INFORMATION DE L'ÉTUDIANTE OU L'ÉTUDIANT					
Numéro de demande d'admission	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 facturé pour le régime d'assurance, vous n'avez pas besoin de remplir cette section.

Si vous n'avez pas été facturé automatiquement par le cégep, mais que vous êtes admissible à la couverture, vous devez remplir cette section et fournir une **PREUVE D'ADMISSIBILITÉ** (relevé de compte ou droits de scolarité). Veuillez choisir seulement **une option parmi les suivantes** :

Pour une étudiante ou un étudiant admissible qui n'a pas été facturé par le cégep.  Santé <input type="checkbox"/> 31,00 \$                      Dentaire <input type="checkbox"/> 66,00 \$                      Santé et Dentaire <input type="checkbox"/> 97,00 \$	<b>Montant à payer pour l'inscription de l'étudiante ou l'étudiant</b>  _____ \$
Pour une étudiante ou un étudiant international qui veut s'inscrire à la portion dentaire ou bénéficiant de la couverture d'assurance maladie du Québec (RAMQ) et qui veut ajouter la couverture santé, <b>vous devez fournir une copie de votre carte d'assurance maladie du Québec.</b>  Santé <input type="checkbox"/> 31,00 \$                      Dentaire <input type="checkbox"/> 66,00 \$                      Santé et Dentaire <input type="checkbox"/> 97,00 \$	

**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.

La couverture de la conjointe ou du conjoint ou de la famille doit être égale ou inférieure à celle de la couverture du membre du Régime.

Pour ajouter une (1) personne en plus de l'étudiante ou l'étudiant (conjointe ou conjoint ou un enfant)  Santé <input type="checkbox"/> 31,00 \$                      Dentaire <input type="checkbox"/> 66,00 \$                      Santé et Dentaire <input type="checkbox"/> 97,00 \$	<b>Montant à payer pour l'inscription familiale</b>  _____ \$
Pour ajouter deux (2) personnes ou plus, en plus de l'étudiante ou l'étudiant (conjointe ou conjoint et enfants)  Santé <input type="checkbox"/> 62,00 \$                      Dentaire <input type="checkbox"/> 132,00 \$                      Santé et Dentaire <input type="checkbox"/> 194,00 \$	

**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		
Santé	Dentaire	Santé	Dentaire	Santé	Dentaire	Santé	Dentaire	Santé	Dentaire	Santé	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. La couverture voyage est assurée par la Société d'assurance-vie Croix Bleue du Canada.

**7 INSTRUCTIONS**

Prière de retourner le formulaire entre **le 14 janvier et le 14 février 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 numéro de demande d'admission dans la section « mémo ».**
- Preuve d'admissibilité : « relevé de compte ou droits de scolarité ». Ceci doit inclure votre nom, votre numéro de demande d'admission ainsi que les frais de l'AGEECC.

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<sup>er</sup> janvier au 31 août 2023.

**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 : \_\_\_\_\_