

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

Pour plus d'informations : [www.studentcare.ca](http://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)	
Nouveau·elle 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'employé·e 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
<p>Vous pouvez effectuer un retrait du Régime en cochant la case ci-dessous :</p> <p>Je choisis de me retirer <input type="checkbox"/></p> <p>Les retraits sont permanents, ce qui signifie que vous serez retiré·e pour la durée de votre résidence à McGill. Si vous souhaitez vous inscrire de nouveau, vous devez en informer la personne-ressource et remplir le formulaire.</p>

AUTORISATION ET SIGNATURE POUR LE RETRAIT — SIGNEZ SEULEMENT POUR UN RETRAIT	
<p>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 choisis de ne pas me retirer du présent Régime dentaire.</p> <p>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.</p> <p><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.</p>	
Signature	Date (JJ/MM/AAAA)

4 INSCRIPTION D'UN·E CONJOINT·E — COMPLÉTEZ CETTE SECTION SEULEMENT POUR INSCRIRE UN·E CONJOINT·E			
<p><b>IMPORTANT</b> : votre personne à charge doit d'abord faire une réclamation auprès du régime de son employeur.</p> <p><u>Conjoint·e</u> : Par conjoint·e, on entend votre conjoint·e 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·e depuis au moins 1 an.</p>			
Nom	Prénom	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

INSCRIPTION DES ENFANTS À CHARGE — COMPLÉTEZ CETTE SECTION SEULEMENT POUR INSCRIRE DES ENFANTS
<p><b>IMPORTANT</b> : les réclamations pour les enfants doivent être d'abord soumises au régime du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année.</p> <p><u>Enfant</u> : Par enfant, on entend tout enfant de l'étudiant·e ou de son·sa conjoint·e (sauf un·e enfant pris·e en foyer nourricier), qui n'est pas lié·e à une autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi, et qui est âgé·e de moins de</p>

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

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-e comme un-e enfant. Vous devrez fournir une preuve qu'il-elle étudie à temps plein. Si votre enfant a plus de 21 ans et qu'il-elle est handicapée et que vous assurez 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	Étudiant-e	Handicapé-e
		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 : 287,06 \$

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 : 287,06 \$

2 personnes à charge et plus : 574,12 \$

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

Lorsque vous soumettez ce formulaire pour une inscription, vous devez joindre un chèque ou un mandat-poste à l'ordre de Studentcare pour le montant indiqué ci-dessus. Indique votre 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<sup>er</sup> juillet 2025 au 30 juin 2026.

### 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 autorisé-e 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)