



Pour compléter une inscription au régime d'assurance, tu dois retourner ce formulaire avec un chèque ou un mandat poste à l'ordre de l'ASEQ.

1 INFORMATION DE L'ÉTUDIANT-E					
Matricule 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-E

Si tu as déjà été facturée pour le régime d'assurance, tu n'as pas besoin de remplir cette section.

Si tu n'as pas été facturée automatiquement par l'université, mais que tu es admissible à la couverture, tu dois remplir cette section et fournir une **PREUVE D'ADMISSIBILITÉ** (copie détaillée de la facture étudiante). Choisis seulement **une option parmi les suivantes** :

Pour une étudiante admissible qui n'a pas été facturée. Dentaire <input type="checkbox"/> 168,08 \$	Montant à payer pour l'inscription de l'étudiante _____ \$
Pour une étudiante admissible qui reprend la couverture à la suite d'un retrait permanent . Dentaire <input type="checkbox"/> 168,08 \$	

3 INSCRIPTION FAMILIALE

Les frais additionnels pour l'inscription des personnes à charge n'incluent pas les frais relatifs à la participation de l'étudiante. L'inscription doit être faite chaque année de couverture.

Pour ajouter une (1) personne en plus de l'étudiante (conjointe ou un enfant) Dentaire <input type="checkbox"/> 168,08 \$	Montant à payer pour l'inscription familiale _____ \$
Pour ajouter deux (2) personnes ou plus, en plus de l'étudiante (conjointe et enfants) Dentaire <input type="checkbox"/> 336,16 \$	

4 FRAIS DE L'INSCRIPTION

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

POUR UTILISATION INTERNE SEULEMENT			
Date reçue	\$	Date SAS	Initiales
AUTOMNE			
Individuel	Couple		Famille
Dentaire	Dentaire		Dentaire

5 INFORMATION SUR LES PERSONNES À AJOUTER À TA COUVERTURE					
Nom légal	Prénom légal	Prénom choisi	Lien de parenté (conjointe/enfant)	Sexe (M/F)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)

6 ADMISSIBILITÉ POUR LES PERSONNES À CHARGE

Par conjointe, on entend tout 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 tout conjointe depuis au moins 1 an. En tout temps, le Régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjointe.

Par enfant, on entend tout enfant de l'étudiante ou d'une conjointe (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 tu assures entièrement le soutien sur le plan financier est également considéré comme un enfant. Si ton enfant a plus de 21 ans et moins de 26 ans, tu dois fournir une preuve d'études à temps plein. Si ton enfant a plus de 21 ans, qu'il est handicapé et que tu assures entièrement son soutien sur le plan financier, il est admissible à la couverture.

Ces bénéficiaires sont assurés par Desjardins Assurances.

7 INSTRUCTIONS

Prière de retourner le formulaire entre **le 2 septembre et le 1er octobre 2024**.

Tu dois inclure les documents suivants lors de ta soumission :

- Un chèque ou un mandat poste à l'ordre de l'ASEQ, au montant indiqué à la section 4. **Tu dois inscrire ton matricule étudiant dans la section « mémo ».**
- Preuve d'admissibilité : « **copie détaillée de la facture étudiante** ». Ceci doit inclure ton nom, ton matricule étudiant ainsi que les frais de l'AMReS.

Tu dois 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 1er septembre 2024 au 31 août 2025.

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 est modifié durant la période de couverture.

Je suis autorisée à communiquer des renseignements concernant mes personnes à charge inscrites 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 des personnes à charge 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. Je comprends que je peux retirer ce consentement en tout temps.

Signature : _____

Date : _____