

RÉGIMES DE SOINS MÉDICAUX ET DE SOINS DENTAIRES

Veuillez d'abord enregistrer le formulaire sur votre poste de travail avant de le remplir électroniquement. Téléchargez [Acrobat Reader](#). Envoi ➡

I. IDENTIFICATION DU REQUÉRANT * (section obligatoire)

VOTRE NOM :			VOTRE (VOS) PRÉNOM(S) :			N° MATRICULE			
Date de naissance		Téléphone - Domicile			Téléphone - Bureau			N° poste	
Année	Mois	Jour							
État civil :		Célibataire	Marié(e)	Conjoint(e) de fait	Veuf(ve)	Séparé(e)	Divorcé(e)		

II. AJOUT D'UNE PERSONNE À VOTRE COUVERTURE | Veuillez remplir cette section **uniquement** si vous souhaitez ajouter un(e) conjoint(e) ou un enfant à charge admissible à votre couverture. Fournissez les informations requises pour chaque personne à ajouter.

Conjoint	Nom du conjoint	Prénom	Date de naissance			Sexe	Protection				
			Année	Mois	Jour		Médicale	Dentaire			
						M	F				
Date de mariage ou de début de cohabitation :											
Enfant(s) à charge	Nom des enfants admissibles	Prénom	Date de naissance			Sexe	Étudiant à temps complet *		Protection		
			Année	Mois	Jour		Oui	Non	Médicale	Dentaire	
						M	F	Oui	Non		
						M	F	Oui	Non		
						M	F	Oui	Non		
					M	F	Oui	Non			

* Veuillez fournir une preuve d'étude à temps plein pour tout enfant à charge âgé de plus de 21 ans.
IMPORTANT | Veuillez lire la note concernant cette section au verso du formulaire.

III. DROIT D'EXEMPTION | Veuillez remplir cette section **uniquement** si vous souhaitez effectuer une demande d'exemption. Prenez note que **vous devez obligatoirement fournir une attestation de votre assurance afin de vous prévaloir de votre droit d'exemption.**

Je demande l'exemption de participation : _____ au régime de soins médicaux _____ au régime de soins dentaires

car : (veuillez choisir l'une des deux options ci-dessous)

Je suis protégé(e) par le régime de mon conjoint, employé de l'Université de Montréal, dont voici les coordonnées :

Nom et prénom du conjoint : _____ N° matricule : _____

Conséquemment, je demande l'exemption de participation **et je joins à la présente une preuve de ma couverture par le régime de mon conjoint.**

Je suis protégé(e) par un autre régime d'assurance. Afin de bénéficier de cette exemption, **je joins à la présente une preuve de ma couverture par cet autre régime.**

IMPORTANT | Veuillez lire la note concernant cette section au verso du formulaire.

IV. CHOIX DE COUVERTURE * (section obligatoire)

CHOIX D'OPTIONS DE COUVERTURE			
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
SOINS MÉDICAUX :			
SOINS DENTAIRES :			N/A

IMPORTANT | Si vous n'effectuez aucun choix, vous serez couvert(e) par les protections suivantes : soins médicaux – option 2 et soins dentaires – option 1

V. DÉCLARATION | AUTORISATION * (section obligatoire)

Veuillez signer et dater cette section si vous envoyez une copie papier du formulaire. L'envoi par courriel est équivalent à une signature.

J'atteste que tous les renseignements fournis sont exacts. J'autorise, s'il y a lieu, l'Université à déduire les cotisations sur mon salaire.

Signature de l'employé(e) _____ Date _____

Date limite pour soumettre ce formulaire sans être assujéti à une pénalité pour adhésion tardive :
31 jours suivant votre date d'embauche

Une fois le formulaire rempli, veuillez le transmettre en cliquant sur le bouton d'envoi courriel ci-contre ou au verso de cette page :

RÉSERVÉ À LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES					
					Date d'admissibilité
SOINS MÉDICAUX :	individuelle	monoparentale	familiale	exempté	_____
SOINS DENTAIRES :	individuelle	monoparentale	familiale	exempté	_____
Par :	_____				

NOTES IMPORTANTES

II. Ajout ou retrait d'une personne à votre couverture

Soin médicaux

IMPORTANT | Pour répondre aux exigences du Régime général d'assurance médicaments de la RAMQ (Loi 33), vous devez **obligatoirement** demander la protection pour votre conjoint et vos enfants de moins de 18 ans, ainsi que pour vos enfants de 18 à 25 ans qui sont aux études à temps plein, à moins que ceux-ci ne soient déjà inscrits dans un autre régime d'assurance collective. Si l'adhésion des personnes à charge n'est pas faite dans les 31 jours suivant la première date de leur admissibilité ou de la cessation involontaire de leur protection en vertu d'un autre régime, leur protection pour les médicaments, les frais d'hospitalisation et l'assurance voyage sera effective à la date de réception de leur adhésion, mais les prestations à l'égard des autres protections de l'assurance accident/maladie seront limitées à un maximum de 200 \$ pour les douze premiers mois.

Soins dentaires

IMPORTANT | La protection de vos personnes à charge en vertu de ce régime est **facultative**. Toutefois, si l'adhésion des personnes à charge n'est pas faite dans les 31 jours suivant la première date de leur admissibilité ou de la cessation **involontaire** de leur protection en vertu d'un autre régime, leur adhésion pourra seulement être effectuée lors de la prochaine période d'adhésion.

III. Droit d'exemption

IMPORTANT | Je serai tenu(e) d'adhérer au(x) régime(s) de l'Université dès la cessation de ma protection en vertu du régime de mon conjoint. Je devrai faire ma demande d'adhésion dans les **31 jours de la cessation involontaire** de ma protection en vertu du régime de mon conjoint. À défaut de faire ma demande d'adhésion à l'intérieur de ce délai, ma protection pour les médicaments, les frais d'hospitalisation et l'assurance voyage sera effective à la date de réception de ma demande, mais les prestations à l'égard des autres protections du régime de soins médicaux seront limitées à un maximum de 200 \$ pour les douze premiers mois de ma couverture.

Pour en savoir davantage sur votre assurance collective, nous vous invitons à visiter la section « Avantages sociaux » de l'onglet « Mon emploi » sur [Mon portail UdeM](#).