

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					
Jour	Mois	Année									
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							
			Jour	Mois	Année			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					
			Jour	Mois	Année			Oui	Non	Médicale	Dentaire				
										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. 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 _____

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

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

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

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

Soins 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 premiers douze 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 protection en vertu du régime de soins dentaires sera limitée à 200 \$ pour les 12 premiers mois de leur couverture.

IV. 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](#).