

GROUPE 96774

GROUPE 96776

GROUPE 96777

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX

Veillez d'abord enregistrer le formulaire sur votre poste de travail avant de le remplir électroniquement. Téléchargez Acrobat Reader.

I. IDENTIFICATION * (section obligatoire)

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

II. DEMANDE D'EXEMPTION

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

Nom et prénom du conjoint : _____ No Matricule : _____

Je suis protégé(e) par le régime de mon conjoint et demande l'exemption de participation. Afin de bénéficier de cette exemption, je joins à la présente une preuve de ma couverture par le régime de mon conjoint.

IMPORTANT : Je serai tenu(e) d'adhérer au régime 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. A 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 premiers douze mois de ma couverture.

III. COMPLÉTEZ CETTE SECTION SI VOUS DEMANDEZ LA PROTECTION DE VOS PERSONNES À CHARGE

J'ai un conjoint		Je n'ai pas de conjoint		Date de mariage ou de début de cohabitation :			Année	Mois	Jour
Nom du conjoint		Prénom		Date de naissance			Sexe		
				Année	Mois	Jour	M	F	
Nom des enfants admissibles		Prénom		Date de naissance			Sexe		Étudiant à temps complet
				Année	Mois	Jour	M	F	Oui Non
							M	F	Oui Non
							M	F	Oui Non

Je désire protéger mes personnes à charge en vertu du régime de 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 demande d'adhésion mais les prestations à l'égard des autres protections du régime de soins médicaux seront limitées à un maximum de 200 \$ pour les premiers douze mois.

IV. DÉCLARATION – AUTORISATION * (section obligatoire)

J'atteste que tous les renseignements sont exacts. J'autorise, s'il y a lieu, l'Université à déduire les cotisations sur ma rente de retraite.

Signature Date

RÉSERVÉ À LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

SOINS MÉDICAUX :					Date d'admissibilité
individuelle	monoparentale	familiale	exempté		_____
Par : _____					