

### RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX

Veuillez 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 Année Mois Jour			Date de retraite Année Mois Jour			Téléphone - Domicile		
						Téléphone - Bureau		poste
État civil :			Marié(e)			Divorcé(e)		
Célibataire			Uni(e) de fait			Veuf(ve) Séparé(e)		

#### II. DROIT D'EXEMPTION

**IMPORTANT :** Afin de bénéficier du droit d'exemption, l'adhérent(e) doit être couvert(e) par le régime de son conjoint avant son départ à la retraite de l'Université.

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 : \_\_\_\_\_ N° Matricule : \_\_\_\_\_

Je suis protégé(e) par le régime de mon conjoint et demande l'exemption de participation au régime de soins médicaux.

Afin de bénéficier de cette exemption, **je joins à la présente une preuve de ma couverture par le régime de mon conjoint.**

**IMPORTANT :** Si je désire réinsérer le régime de l'Université, 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. **Ce délai est de rigueur** et, à défaut de le respecter, je ne serai plus admissible au régime.

#### 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	Année	Mois	Jour
		Sexe	M	F	
Nom des enfants admissibles	Prénom	Date de naissance	Année	Mois	Jour
		Sexe	M	F	Étudiant à temps complet
			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 :** L'adhésion des personnes à charge doit être faite dans les 31 jours suivant la première date de leur admissibilité au régime ou de la cessation involontaire de leur protection en vertu d'un autre régime. 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, les personnes ne seront plus admissibles au régime.

#### 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 mon chèque de rente.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

#### RÉSERVÉ À LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

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