Université de Sherbrooke

FLEX
Assurance collective

Formulaire de modification
RÉADHÉSION JANVIER 2026

Identification de la personne employée

Nom : _____ Prénom : _____ Matricule employé : _____
(Composé de six (6) chiffres)

Section 1 – Assurance soins de santé

Statut de protection
- ◯ Individuelle
- ◯ Couple
- ◯ Monoparentale
- ◯ Familiale
- ◯ Exemption– **Inscrire le nom de la compagnie avec laquelle vous serez assuré(e)**: _____ **No. de contrat** : _____

Si vous choisissez « Exemption » à l'assurance maladie offerte par le régime d'assurance collective de l'Université de Sherbrooke, vous pourrez y réadhérer seulement s'il y a perte de l'assurance maladie pour laquelle vous avez demandé une exemption à l'Université.

Option de protection
- ◯ Option A
- ◯ Option B
- ◯ Option C

Pourcentage de vos crédits flexibles
(applicable seulement pour l'option "A" ou "B")

0	%	Compte de dépenses de frais de santé
0	%	Compte mieux-être
0	**%**	**Total (doit égaler 100%)**

Veuillez inscrire les informations de chaque personne à charge

Nom	Prénom	Lien avec vous	Date de naissance	Étudiant (requis seulement si l'enfant a +21 ans et moins de 26 ans et qui est aux études à temps complet)
		N/A		◯ Oui ◯ Non
		N/A		◯ Oui ◯ Non
		N/A		◯ Oui ◯ Non

Section 2 – Assurance salaire longue durée

Veuillez cocher votre choix de protection :

◯ 80 % ◯ 90 %

Section 3 – Déclaration et autorisation

Par la présente, je déclare que les renseignements inscrits sur le présent formulaire sont complets et véridiques. *

J'autorise l'Université de Sherbrooke à effectuer, sur mon salaire, les retenues nécessaires pour payer le coût des protections. J'autorise également l'Université, l'administrateur du programme, l'assureur et leurs représentants à donner, à recevoir ou à échanger les renseignements personnels indiqués sur le présent formulaire aux seules fins de l'administration du programme.

Signature _____ Date _____

Seule la signature manuscrite ou électronique (image numérisée de votre signature manuscrite) est acceptée.
AUCUNE SIGNATURE NUMÉRIQUE (générée et certifiée par un outil spécialisé) n'est acceptée. Dans le cas échéant, votre formulaire sera considéré comme nul et non avenu.

* Toute déclaration fausse ou incomplète peut entraîner la nullité des protections.

Veuillez remplir le formulaire et le retourner par courriel à l'adresse info-avantages-sociaux@USherbrooke.ca au plus tard le 1er décembre 2025

Réinitialiser **Envoyer**