

Veillez faire parvenir ce formulaire dûment rempli au Service des ressources humaines **au plus tard à votre date d'admissibilité** (en personne, par courrier ou par courriel aux coordonnées apparaissant à la page suivante). **Conservez une copie pour vos dossiers.** Pour connaître les protections offertes (statuts, options, descriptions) ainsi que les taux des primes, consultez ce site Web : <https://www.usherbrooke.ca/srh/info/assurance-collective>. Au besoin, communiquez avec le Service des ressources humaines. Sur demande, il peut aussi vous fournir un aperçu du montant des primes en fonction de votre taux de salaire.

Section 1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

| | | | | | |
|-----------------------------------|---|--------|--|--------------------|-----------------------------------|
| EMPLOYÉE OU EMPLOYÉ | | | | | |
| Nom de l'employée ou de l'employé | | Prénom | | Faculté ou Service | |
| Date de naissance (AAAA/MM/JJ) | Matricule de l'employée ou de l'employé | | Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | Date d'admissibilité (AAAA/MM/JJ) |
| Adresse | Rue | App. | Ville | Province | Code postal |

Section 2 VOS CHOIX D'OPTIONS (Pour chaque type de protection, cochez la case qui correspond à la protection désirée et, s'il y a lieu, donnez les précisions nécessaires.)

A) ASSURANCE MALADIE – Les personnes de moins de 65 ans, admissibles à un régime privé, ont l'obligation d'y adhérer. Une personne couverte par un régime privé est en effet obligée d'en faire bénéficier son conjoint et ses enfants, à moins que ceux-ci ne soient déjà couverts par un autre régime privé.

Retrait de la protection (Vous devez être couvert par la protection médicale d'un autre programme d'assurance collective. Veuillez indiquer la compagnie d'assurance et le numéro du contrat.)

Compagnie d'assurance _____ N° du contrat _____

STATUT DE PROTECTION – PERSONNES COUVERTES

Protection individuelle – Employé seulement
 Protection couple – Employé et conjoint
 Protection monoparentale – Employé et enfant(s) à charge
 Protection familiale- Employé, conjoint et enfant(s) à charge

Choisissez Option 1
 Option 2
 Option 3

B) ASSURANCE VIE DE EMPLOYÉE OU EMPLOYÉ

Base (obligatoire) : _____ x salaire annuel (max. 200 000 \$)
1, 3 ou 5

Facultative : _____ tranche(s) de 25 000 \$ (rapport d'assurabilité obligatoire) – maximum de 2 000 000 \$

1 à 80

Fumeuse ou fumeur
 Non-fumeuse ou non-fumeur

Vous devez aviser le Service des ressources humaines si votre situation de fumeuse/fumeur ou non fumeuse/non fumeur change.

Déclaration de non-fumeuse ou non-fumeur : « Je n'ai pas fait usage de la cigarette, de cigare, de cigarillo ou de la pipe au cours des 12 derniers mois. »

Signature de l'employée ou de l'employé _____

C) ASSURANCE VIE DE LA CONJOINTE OU DU CONJOINT (rapport d'assurabilité obligatoire)

Aucune protection

_____ tranche(s) de 25 000 \$ (maximum 1 000 000 \$)
1 à 40

Sexe de la conjointe ou du conjoint : F M

Fumeuse ou fumeur
 Non-fumeuse ou non-fumeur

Vous devez aviser le Service des ressources humaines si votre situation de fumeuse/fumeur ou non fumeuse/non fumeur change.

Déclaration de non-fumeuse ou non-fumeur : « Je n'ai pas fait usage de la cigarette, de cigare, de cigarillo ou de la pipe au cours des 12 derniers mois. »

Signature de la conjointe ou du conjoint _____

D) INVALIDITÉ DE COURTE ET DE LONGUE DURÉE

Protection obligatoire

Section 3 DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Par la présente, je révoque toute désignation de bénéficiaire(s) révocable antérieure, sous réserve des lois applicables, et je désigne la ou les personnes dont le nom figure ci-dessous comme bénéficiaire(s) des sommes payables advenant mon décès. (Voir le guide d'adhésion pour plus de détails sur les règles relatives à la désignation de bénéficiaire(s).)

- Si vous désignez plus d'une personne comme bénéficiaire d'une protection, indiquez le pourcentage payable à chacune. Si aucun pourcentage n'est indiqué, la somme payable sera versée aux bénéficiaires en parts égales.
- Indiquez si vous désirez rendre votre désignation révocable ou irrévocable*.
- Si vous ne désignez aucun bénéficiaire, les sommes seront versées à votre succession.
- Vous êtes le bénéficiaire des montants payables en vertu de l'assurance vie de la conjointe ou du conjoint.
- L'assureur et l'Université de Sherbrooke ne sont pas responsables de la validité de la désignation de bénéficiaire(s).

| Type de protection | Nom et prénom du ou des bénéficiaires | | Lien avec vous | Révocable ou non* |
|---|---------------------------------------|--------|----------------|---|
| | Nom | Prénom | | |
| Assurance vie de base | | | | <input type="checkbox"/> Révocable ou <input type="checkbox"/> Irrévocable |
| Assurance vie facultative de l'employée ou de l'employé | | | | <input type="checkbox"/> Révocable ou <input type="checkbox"/> Irrévocable |

* Une désignation **révocable** signifie que vous pouvez la changer en tout temps sans le consentement du ou des bénéficiaires. Une désignation **irrévocable** signifie que vous devez obtenir le consentement par écrit du ou des bénéficiaires pour modifier votre désignation. Veuillez noter qu'au Québec, si vous désignez votre conjointe ou conjoint légitime comme bénéficiaire, cette décision est irrévocable, à moins que vous n'ayez coché la case « Révocable ».

Section 4 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 les retenues nécessaires sur mon salaire 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 _____

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

Section 5 Réserve à l'usage du Service des ressources humaines

SOFE :

Nom

Date

Vérfié par :

(Mettre à « Officiel »)

Nom

Date

DSF :

Nom

Date

Catégorie : _____

COORDONNÉES DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES :

Adresse : 2500, boulevard de l'Université, Pavillon Georges-Cabana, bureau **B1-1032**, Sherbrooke (Québec) J1K 2R1

Téléphone : 819 821-7393 (de l'interne : poste 67393)

Courriel : info-avantages-sociaux@USherbrooke.ca

Site Web : USherbrooke.ca/srh