

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE PARTICIPANTE

Nom : _____ **Prénom :** _____
Matricule : _____ **Date de naissance :** _____
Date de la retraite : _____
Date de fin d'admissibilité à cette protection : _____

Assurances collectives

Assurance maladie – (N.B. Un changement sera accepté seulement si vous répondez à au moins l'une des conditions suivantes, veuillez cocher SVP.)

- Fin de personne à charge ou acquisition d'une première personne à charge
 Séparation légale ou divorce
 Perte de la protection d'assurance collective de la conjointe ou du conjoint

Inscrire la date de l'événement : _____

- Retrait de protection (Attention : Vous devez être couvert par une autre assurance collective et vous ne pouvez revenir avec l'Université que si votre conjointe ou votre conjoint perd son assurance. Veuillez indiquer la compagnie et le n° de contrat.)
 Compagnie : _____ N° de contrat : _____

Taux applicables pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014

Protection individuelle		Protection couple	
Cochez l'option désirée	Prime mensuelle	Cochez l'option désirée	Prime mensuelle
<input type="checkbox"/> Option 1	68.68 \$	<input type="checkbox"/> Option 1	137.35 \$
<input type="checkbox"/> Option 2	92.29 \$	<input type="checkbox"/> Option 2	184.60 \$
<input type="checkbox"/> Option 3	114.38 \$	<input type="checkbox"/> Option 3	228.83 \$
Protection monoparentale		Protection familiale	
Cochez l'option désirée	Prime mensuelle	Cochez l'option désirée	Prime mensuelle
<input type="checkbox"/> Option 1	103.04 \$	<input type="checkbox"/> Option 1	171.69 \$
<input type="checkbox"/> Option 2	138.42 \$	<input type="checkbox"/> Option 2	230.73 \$
<input type="checkbox"/> Option 3	171.64 \$	<input type="checkbox"/> Option 3	286.00 \$

- Retrait direct**
 Je paie déjà mes primes par dépôt direct. Changer simplement la somme de mes retraits mensuels pour un montant de _____ par mois.

Déclaration et autorisation (à remplir obligatoirement)

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

J'autorise l'Université de Sherbrooke à prélever le montant de mon assurance maladie pour payer le coût de ma protection. 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.

Réservé à l'usage du Service des ressources humaines et financières

SOFE : _____ Transaction Express : _____
 DSF : _____
 ARIEL : _____