

Division _____ N° de certificat/matricule _____

Adhésion
Modification
Police 37493
1- Renseignements sur le participant

	F	M	
Nom _____	Prénom _____	Sexe _____	Date d'adhésion (aaaa-mm-jj) _____
			Date de naissance (aaaa-mm-jj) _____

État civil

Célibataire	Divorcé/séparé	Marié/union civile	Conjoint de fait, date du début de la cohabitation _____ (aaaa-mm-jj)
-------------	----------------	--------------------	--

2- Demande d'adhésion / d'exemption à l'embauche
Protection demandée

Individuelle	Couple (sans enfant)	Familiale	Monoparentale	Exemption (Remplir la section 5)
--------------	----------------------	-----------	---------------	----------------------------------

3- Renseignements sur les personnes à charge (Inscrire vos personnes à charge même si vous bénéficiez d'une exemption.)

	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Si enfant âgé de 21 ans ou plus, une attestation annuelle d'études à temps plein est exigée.
Conjoint	_____	_____	F M	_____	
Enfant	_____	_____	F M	_____	Étudiant à temps plein Oui Non Handicapé Oui Non
Enfant	_____	_____	F M	_____	Étudiant à temps plein Oui Non Handicapé Oui Non
Enfant	_____	_____	F M	_____	Étudiant à temps plein Oui Non Handicapé Oui Non
Enfant	_____	_____	F M	_____	Étudiant à temps plein Oui Non Handicapé Oui Non
Enfant	_____	_____	F M	_____	Étudiant à temps plein Oui Non Handicapé Oui Non
Enfant	_____	_____	F M	_____	Étudiant à temps plein Oui Non Handicapé Oui Non

4- Autre assurance collective / Coordination des prestations
Mon conjoint n'est pas assuré par un régime d'assurance maladie de son employeur. (Ne pas remplir les sections 5 et 6).
Mon conjoint est assuré avec la couverture suivante :

Maladie: Individuelle	Couple (sans enfant)	Familiale	Monoparentale	☞ Si coché, remplir la section 6.
-----------------------	----------------------	-----------	---------------	--

5 - Exemption en assurance accident maladie

Participant	Conjoint	Enfant(s) à charge	☞ Si coché, remplir la section 6.
-------------	----------	--------------------	--

6 - Information obligatoire sur le régime du conjoint (Si applicable)

Nom du conjoint _____	N° du groupe du conjoint _____	N° de certificat du conjoint _____
Date de naissance du conjoint _____ (aaaa-mm-jj)	Nom de l'employeur du conjoint _____	
Nom de la compagnie d'assurance du conjoint _____		

7 - Modification de couverture
Je veux modifier ma couverture pour: Individuelle Couple (sans enfant) Familiale Monoparentale Exemption (Remplir les sections 5 et 6)

	Date de modification (aaaa-mm-jj)	Date de modification (aaaa-mm-jj)
Raison :		
Mariage/union civile	_____	Cessation de la protection en vertu du régime du conjoint
Divorce/séparation	_____	Motif _____
Conjoint de fait (Début de la cohabitation)	_____	21 ^e anniversaire d'un enfant à charge
65 ^e anniversaire du conjoint	_____	Fin des études à temps plein (étudiant de plus de 21 ans et de moins de 26 ans)
Naissance-adoption (Premier enfant)	_____	_____
Autre (préciser)	_____	_____

	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Si enfant âgé de 21 ans ou plus, une attestation annuelle d'études à temps plein est exigée.
Ajouter conjoint			F M		
Retirer conjoint					
Ajouter enfant			F M		Étudiant à temps plein Oui Non Handicapé Oui Non
Retirer enfant					
Ajouter enfant			F M		Étudiant à temps plein Oui Non Handicapé Oui Non
Retirer enfant					
Ajouter enfant			F M		Étudiant à temps plein Oui Non Handicapé Oui Non
Retirer enfant					

Pour l'ajout de d'autres personnes à charge, compléter au verso.
8 - Renseignements requis pour le remboursement bancaire

J'autorise l'assureur à procéder au remboursement des frais médicaux dans le compte bancaire suivant :

Nom de l'institution bancaire _____

Numéro de la succursale _____ <small>5 chiffres</small>	Numéro de l'institution financière _____ <small>3 chiffres</small>	Numéro de compte _____ <small>7 à 12 chiffres</small>
--	---	--

9 - Certification et autorisation du participant

- Je certifie par la présente avoir pris connaissance des définitions mentionnées au verso et atteste que ma protection au régime d'assurance accident-maladie est conforme à ces dernières. Toutes les déclarations fournies sont, à ma connaissance, véridiques et exactes.
- J'autorise la divulgation à l'assureur ou à ses représentants de tout renseignement relatif aux réclamations soumise.
- Je suis autorisé à divulguer ou à échanger des renseignements personnels concernant mes personnes à charge.

Signature du participant _____ Date (aaaa-mm-jj) _____

10 - À l'usage de l'employeur

Signature de l'administration responsable _____ Date (aaaa-mm-jj) _____

11- Définitions importantes*

* Extraits de la police assurance accident-maladie GH37493

1. Demande d'adhésion

Employé, retraité ou personne à charge

Un employé ou un retraité admissible à l'assurance doit compléter et transmettre à l'employeur les renseignements nécessaires à son adhésion à l'assurance. De même, si un participant assure ses personnes à charge en vertu de cette police, il doit compléter et transmettre à l'employeur les renseignements nécessaires à l'adhésion de celles-ci à l'assurance. Sous réserve de ce qui est mentionné ci-dessous, l'adhésion d'un participant entraîne de plein droit celle de ses personnes à charge. L'adhésion est obligatoire pour un participant (employé ou retraité) qui remplit les conditions d'admission, sauf dans les cas d'un employé âgé de 65 ans et plus ou d'une personne à charge âgée de 65 ans et plus, qui peut, moyennant un préavis écrit à l'employeur, refuser ou cesser d'adhérer à cette police pour s'assurer auprès de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Un tel employé ou une telle personne à charge ne peut pas, par la suite, devenir de nouveau admissible au présent régime.

Un participant peut toutefois, moyennant un préavis écrit à son employeur, refuser ou cesser d'adhérer à cette police ou refuser ou cesser d'assurer ses personnes à charge en vertu de cette police à la condition qu'il atteste que lui ou ses personnes à charge sont assurés en vertu de la garantie complémentaire d'assurance-maladie de cette police ou de toute autre garantie d'assurance collective comportant des prestations similaires. Un tel participant ou ses personnes à charge peuvent à nouveau devenir admissibles au présent régime en établissant à la satisfaction de l'assureur :

- A) qu'antérieurement, ils étaient assurés en vertu de la garantie complémentaire d'assurance-maladie de la présente police ou de toute autre garantie d'assurance collective comportant des prestations similaires, et
- B) qu'il est devenu impossible qu'ils continuent à être assurés, et
- C) qu'ils présentent leur demande dans les 31 jours suivant la cessation de leur assurance. Après l'expiration de ce délai de 31 jours, l'assureur pourra exiger des preuves d'assurabilité satisfaisantes.

Les alinéas B et C précités ne s'appliquent pas pour fins d'admissibilité au remboursement des frais de médicaments stipulés à l'alinéa A des frais remboursables de la garantie Frais médicaux.

2. Personne à charge (conjoint ou enfant, domicilié dans le même pays que le participant)

Conjoint : personne qui répond à l'une des conditions suivantes :

- A) Être unie au participant par un mariage religieux ou civil.
- B) Habiter avec le participant, sans être mariée avec lui, et être publiquement reconnue comme son conjoint ou sa conjointe depuis au moins 12 mois au moment de la réalisation du risque. Cette période de 12 mois ne s'applique pas lorsqu'un enfant est né de cette union, dans le cas des frais de médicaments stipulés à l'alinéa A des frais remboursables de la garantie Frais médicaux.

Cependant, la séparation de fait depuis moins de 3 mois ne prive pas la personne de son statut de conjoint dans le cas où il n'y a pas eu divorce ou annulation de mariage.

Enfant : personne qui répond aux conditions suivantes :

- A) Ne pas être mariée.
- B) Être l'enfant, le beau-fils ou la belle-fille (gendre ou bru exclus), ou l'enfant adoptif du participant ou de son conjoint, ou encore un enfant pris en foyer d'accueil, ou encore un enfant dont le participant a la garde et l'entier soutien à sa charge, et qui dépend du participant pour son soutien au moment de la réalisation du risque.
- C) Avoir moins de 21 ans, ou de 26 ans dans le cas de la personne qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu et qui est à la charge du participant. Tout enfant assuré, atteint d'invalidité totale au sens du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pension du Canada, reste couvert au-delà de l'âge maximal tant qu'il est incapable d'occuper un emploi lui permettant de subvenir à ses besoins et que son entretien et sa subsistance sont entièrement assurés par le participant. Dans le cas des frais de médicaments stipulés à l'alinéa A des frais remboursables de la garantie Frais médicaux, est aussi admissible un enfant atteint d'une déficience fonctionnelle s'il répond à la définition suivante : personne admissible majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement, survenue avant qu'elle n'ait atteint l'âge de 18 ans, qui ne reçoit aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la Loi sur la sécurité du revenu, domiciliée chez une personne qui exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.

3. Retraité (personne de moins de 65 ans ayant atteint sa date effective de la retraite alors qu'elle était considérée comme employée en vertu de cette police ou de la police antérieure).

Ajout de personnes à charge

Personnes à charge	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Si enfant âgé de 21 ans ou plus, une attestation annuelle d'études à temps
Ajouter enfant			F M		Étudiant à temps plein Oui Non
Retirer enfant					Handicapé Oui Non
Ajouter enfant			F M		Étudiant à temps plein Oui Non
Retirer enfant					Handicapé Oui Non
Ajouter enfant			F M		Étudiant à temps plein Oui Non
Retirer enfant					Handicapé Oui Non
Ajouter enfant			F M		Étudiant à temps plein Oui Non
Retirer enfant					Handicapé Oui Non
Ajouter enfant			F M		Étudiant à temps plein Oui Non
Retirer enfant					Handicapé Oui Non