

**IMPORTANT :** L'assureur vous transmettra une attestation dans un délai de 1 à 2 mois suivant la réception du formulaire. Veuillez conserver vos reçus et attendre de recevoir l'attestation avant de soumettre une réclamation à l'assureur.

**PRENEUR DE CONTRAT :** Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval (SPUL)

**ASSUREUR :** Ô: [ aÓ|^`^Á`^aaã

## IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT(E)

NOM DE L'ADHÉRENT(E) \_\_\_\_\_

PRÉNOM DE L'ADHÉRENT(E) \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE L'EMPLOYÉ(E) \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ SEXE : M F  
*année mois jour*

ÉTAT CIVIL : SANS MARIÉ(E) ou CONJOINT(E) DE FAIT  
CONJOINT(E) UNI(E) CIVILEMENT Début de la cohabitation:  
*année mois jour*

Adresse à domicile (n°, rue, app.) \_\_\_\_\_

Ville / Province \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone (*résidence*) : \_\_\_\_\_

Téléphone (*bureau*) : \_\_\_\_\_

## AJOUT

### IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE À ASSURER

NOM, Prénom	SEXE	DATE DE NAISSANCE	Étudiant(e) à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue *	Couvert(e) par un autre régime
	M / F	(aaaa/mm/jj)	OUI / NON	OUI / NON
Conjoint(e) : _____	/	_____		/
Enfant : _____	/	_____	/	/
Enfant : _____	/	_____	/	/
Enfant : _____	/	_____	/	/

#### \* DÉFINITION D'ENFANT À CHARGE

Les enfants âgés de moins de 21 ans, ou de moins de 26 ans s'ils fréquentent à plein temps, à titre d'étudiants dûment inscrits, une institution d'enseignement reconnue, bénéficient de cette protection. Pour tout complément d'information, veuillez-vous référer au dépliant d'assurance.

# RETRAIT

## IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE NE DEVANT PLUS ÊTRE ASSURÉS

NOM, Prénom	SEXE M / F	DATE DE NAISSANCE (aaaa/mm/jj)	MOTIF DU CHANGEMENT
_____	/	_____	_____
_____	/	_____	_____
_____	/	_____	_____
_____	/	_____	_____

### DÉCLARATION ET AUTORISATION

Par la présente, J'ADHÈRE aux garanties auxquelles je suis ou je pourrais devenir admissible en vertu des régimes d'assurance collective de mon employeur ou titulaire de police, sous réserve de toute exemption mentionnée et J'ATTESTE que, à ma connaissance, l'information fournie dans ce formulaire est véridique et complète.

JE CONFIRME que je suis autorisé à divulguer de l'information concernant mes personnes à charge afin de déterminer leur admissibilité dans la mesure où des garanties les touchent. Au nom de mes personnes à charge et en mon propre nom, JE CONSENS à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à mon employeur ou au titulaire de police et aux compagnies d'assurance lorsque requise, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs à des fins de tarification, d'administration et d'acceptation de ma demande de participation et de celle de mes personnes à charge au sein des régimes d'assurance collective de mon employeur ou titulaire de police.

J'AUTORISE mon employeur à effectuer tout prélèvement nécessaire sur mon salaire dans le cas où des cotisations doivent être effectuées dans le cadre de mes régimes d'assurance collective et à remettre les sommes aux compagnies d'assurance.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente déclaration et autorisation possède la même validité que l'original.

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT(E) :

\_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

**Veillez transmettre votre formulaire d'adhésion dûment rempli et signé par courriel à [VUW@vrrh.ulaval.ca](mailto:VUW@vrrh.ulaval.ca) et conserver une copie pour vos dossiers.**

<b>Réservé au Vice-rectorat aux ressources humaines</b>	
DATE DE MODIFICATION (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____	DATE DE SAISIE (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____
Signature (représentant VRRH) : _____	