

ÉTABLISSEMENT	N° DE LA DIVISION
---------------	-------------------

NOTE : Les termes utilisés dans le présent formulaire sont tirés des définitions contenues à la police GH37742 assurance-médicaments ; comme il s'agit d'extraits, la féminisation n'a pas été appliquée.

**1. IDENTIFICATION DU RETRAITÉ DE 65 ANS ET PLUS**

Nom à la naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe F  M

Date de naissance 

AN	MOIS	JOUR

 Date d'adhésion à l'assurance 

AN	MOIS	JOUR

 N° de matricule 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**2. DEMANDE D'ADHÉSION / D'EXEMPTION \* Les protections individuelle et familiale incluent automatiquement les enfants à charge.**

IMPORTANT : Prière de vous référer au verso pour prendre connaissance des définitions avant de fixer votre choix.

1. Protection individuelle (compléter la section 4) s'il y a lieu <input type="checkbox"/>	3. Protection familiale : (compléter la section 4) avec conjoint seulement <input type="checkbox"/> avec conjoint et enfant(s) <input type="checkbox"/>	4. Exemption de la personne participante : (compléter la partie 8 A) <input type="checkbox"/>
2. Protection individuelle et exclusion du conjoint (compléter la section 4) s'il y a lieu <input type="checkbox"/>	→	5. Exemption du conjoint : (compléter la partie 8 A) <input type="checkbox"/>

**3. MODIFICATION \* Les protections individuelle et familiale incluent automatiquement les enfants à charge.**

CHANGEMENT DE PROTECTION

Date de la modification 

AN	MOIS	JOUR

1. Protection individuelle (compléter la section 4) s'il y a lieu <input type="checkbox"/>	3. Protection familiale : (compléter la section 4) avec conjoint seulement <input type="checkbox"/> avec conjoint et enfant(s) <input type="checkbox"/>	4. Exemption de la personne participante : (compléter la partie 8 A) <input type="checkbox"/>
2. Protection individuelle et exclusion du conjoint (compléter la section 4) s'il y a lieu <input type="checkbox"/>	→	5. Exemption du conjoint : (compléter la partie 8 A) <input type="checkbox"/> 6. Cessation de l'exemption : (compléter la partie 8 B) <input type="checkbox"/>

**4. DÉCLARATION DE PERSONNE(S) À CHARGE AUX FINS DE L'ASSURANCE-MÉDICAMENTS (Conjoint et/ou enfants)**

IDENTIFICATION DU CONJOINT

Nom à la naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance 

AN	MOIS	JOUR

 Sexe F  M

IDENTIFICATION DES ENFANTS À CHARGE

Nom	Prénom	Date de naissance *	Sexe	Lien de parenté						
_____	_____	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">AN</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">MOIS</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">JOUR</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr></table>	AN	MOIS	JOUR				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	_____
AN	MOIS	JOUR								
_____	_____	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">AN</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">MOIS</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">JOUR</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr></table>	AN	MOIS	JOUR				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	_____
AN	MOIS	JOUR								
_____	_____	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">AN</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">MOIS</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">JOUR</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr></table>	AN	MOIS	JOUR				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	_____
AN	MOIS	JOUR								
_____	_____	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">AN</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">MOIS</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">JOUR</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr></table>	AN	MOIS	JOUR				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	_____
AN	MOIS	JOUR								
_____	_____	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">AN</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">MOIS</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">JOUR</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr></table>	AN	MOIS	JOUR				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	_____
AN	MOIS	JOUR								
_____	_____	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">AN</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">MOIS</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">JOUR</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr></table>	AN	MOIS	JOUR				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	_____
AN	MOIS	JOUR								

\* IMPORTANT :

Pour les enfants de 21 ans et plus, fréquentant un établissement scolaire à temps complet, une attestation d'inscription doit être déposée au service des ressources humaines de votre établissement une fois par année. La période couverte est du 1<sup>er</sup> septembre de l'année en cours au 31 août de l'année suivante.

**5. AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE ACCIDENT-MALADIE / Coordination des prestations (Plan familial seulement)**

Votre conjoint est-il assuré par un régime d'assurance collective accident-maladie de son employeur ? Oui  Non

Si oui, donnez les renseignements suivants :

A) Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_  
 N° de police 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 N° de certificat 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B) Quel est le statut d'assurance de votre conjoint ?  Individuel  Avec enfant(s) seulement  
 Avec conjoint seulement  Avec conjoint et enfant(s)

**6. RENSEIGNEMENTS REQUIS POUR LE REMBOURSEMENT BANCAIRE**

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

Institution : \_\_\_\_\_  
 N° de transit 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 N° de compte 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 7. DÉFINITIONS IMPORTANTES\*

\* Extraits de la police assurance-médicaments GH37742

### 1. DEMANDE D'ADHÉSION

#### Participant ou personnes à charge

Un participant admissible à l'assurance doit 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 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'assurance d'un participant entraîne de plein droit celle de ses personnes à charge.

L'adhésion est obligatoire pour tout participant qui remplit les conditions d'admission, sauf dans le cas d'un participant âgé de 65 ans ou plus ou d'une personne à charge de 65 ans ou 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 ou de tout autre régime d'assurance collective comportant des prestations similaires. Un tel participant ou une telle personne à charge qui adhère au régime de la RAMQ ne peut pas, par la suite, devenir de nouveau admissible au présent régime.

### 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.

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.

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.

## 8. ATTESTATION

### A) DEMANDE D'EXEMPTION

Je désire par la présente être exempté de participer au régime d'assurance-médicaments obligatoire \_\_\_\_ ou être exempté d'assurer mon conjoint \_\_\_\_, en raison du fait que je suis assuré en qualité de participant, de conjoint ou de personne à charge \_\_\_\_ ou que mon conjoint est assuré \_\_\_\_ en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires \_\_\_\_ ou en vertu du régime d'assurance-médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec \_\_\_\_.

Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

Je comprends que pour devenir à nouveau admissible au régime ou pour assurer de nouveau mes personnes à charge, je devrai me conformer aux définitions inscrites ci-dessus. Je comprends également que toute adhésion au régime de la RAMQ entraîne l'inadmissibilité définitive au présent régime.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### B) DEMANDE DE CESSATION DE L'EXEMPTION

Je désire par la présente participer \_\_\_\_ ou faire participer mon conjoint \_\_\_\_ au régime d'assurance-médicaments obligatoire en raison du fait que j'ai cessé d'être assuré \_\_\_\_ ou que mon conjoint a cessé d'être assuré \_\_\_\_ en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires.

Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

Motif(s) : \_\_\_\_\_

Date de cessation  
de la protection : AN MOIS JOUR

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## 9. CERTIFICATION ET AUTORISATION

- Je certifie par la présente avoir pris connaissance des définitions mentionnées précédemment et atteste que ma protection au régime d'assurance-médicaments 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 soumises.
- Je suis autorisé à divulguer ou à échanger des renseignements personnels concernant mes personnes à charge.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## 10. À L'USAGE DE L'EMPLOYEUR

N° de certificat | | | | | | | | | |

Accepté le AN MOIS JOUR

Par : \_\_\_\_\_

Effectif sur le cycle de paie débutant le AN MOIS JOUR