



RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT

NOM ET PRÉNOM DE L'ADHÉRENT		NOM DE L'EMPLOYEUR		GRUPE	N° DE CERTIFICAT (Si connu)
ADRESSE DE L'ADHÉRENT	N°	RUE	N° APP.	VILLE	PROVINCE
INSCRIPTION AU DÉPÔT DIRECT				ADRESSE COURRIEL	
TRANSIT		SUCC.	FOLIO	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
Veillez joindre un spécimen		5 CHIFFRES	3 CHIFFRES	7 CHIFFRES	

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT ET LES ENFANTS À CHARGE

STATUT CIVIL CÉLIBATAIRE N'AYANT AUCUN CONJOINT OU ENFANT

LIEN	PRÉNOM	NOM	DATE DE NAISSANCE (AAAA / MM / JJ)	SEXE	COCHEZ SI APPLICABLE PREUVE REQUISE	POSSÈDE UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE?
<input type="checkbox"/> CONJOINT				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> ENFANT				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> ÉTUDIANT +21 ANS <input type="checkbox"/> HANDICAPÉ	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> ENFANT				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> ÉTUDIANT +21 ANS <input type="checkbox"/> HANDICAPÉ	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> ENFANT				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> ÉTUDIANT +21 ANS <input type="checkbox"/> HANDICAPÉ	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> ENFANT				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> ÉTUDIANT +21 ANS <input type="checkbox"/> HANDICAPÉ	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

\* LES ENFANTS ÂGÉS ENTRE 21 ET 26 ANS DOIVENT FOURNIR UNE ATTESTATION DE FRÉQUENTATION SCOLAIRE À TEMPS PLEIN AFIN DE CONSERVER LEUR ASSURANCE À TITRE D'ENFANT À CHARGE. UNE ATTESTATION EST REQUISE À CHAQUE SESSION. SEULS LES HORAIRES DE COURS DATÉS DE MOINS D'UN MOIS AVANT LE DÉBUT DE SESSION SONT ACCEPTÉS.

COORDINATION DE PRESTATIONS VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION SI VOUS UNE L'UNE DE VOS PERSONNES À CHARGE POSSÈDE UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE.

NOM DE L'ASSUREUR DE L'AUTRE CONTRAT ET PÉRIODE D'ASSURANCE	TYPE DE PROTECTION	GARANTIES DÉTENUES
<input type="checkbox"/> UV MUTUELLE : N° DE CERTIFICAT _____ <input type="checkbox"/> AUTRE : _____	<input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE <input type="checkbox"/> COUPLE <input type="checkbox"/> MONOPARENTALE <input type="checkbox"/> FAMILIALE	<input type="checkbox"/> MÉDICAMENTS <input type="checkbox"/> SOINS DENTAIRES <input type="checkbox"/> MALADIE <input type="checkbox"/> SOINS VISUELS <input type="checkbox"/> VOYAGE
DU : _____ AAAA / MM / JJ AU : _____ AAAA / MM / JJ		

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

AU QUÉBEC, À MOINS DE STIPULATION CONTRAIRE, LA DÉSIGNATION DU CONJOINT LÉGAL EST IRRÉVOCABLE ET LA DÉSIGNATION DE TOUT AUTRE BÉNÉFICIAIRE EST RÉVOCABLE.

PROPORTION	PRÉNOM	NOM	LIEN DE PARENTÉ	DÉSIGNATION
_____ %				<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE
_____ %				<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE
_____ %				<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE
_____ %				<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE

X \_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

X \_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE L'ADMINISTRATEUR DE RÉGIME

X \_\_\_\_\_  
DATE

RETOURNER À :

<p><b>UV MUTUELLE</b> 142 RUE HERIOT, C.P. 696, DRUMMONDVILLE, QUÉBEC J2B 6W9 TÉLÉPHONE : 819 478-1315 POSTE 2071 - SANS FRAIS : 1 800 567-0988 - TÉLÉCOPIEUR : 819 474-1990</p>
--