



**RÉGIME D'ASSURANCE  
DEMANDE D'ASSURANCE FAMILIALE  
Semestre d'automne 2009**

Veillez remettre ce formulaire au H-1060.  
**Date limite : le 23 septembre 2009**

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° étudiant : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
AAAA MM JJ

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

**S.V.P. écrire en lettres moulées.** La demande peut être refusée si elle est illisible. Veuillez vous assurer que toutes les personnes à charge sont indiquées ci-dessous. Seules ces personnes pourront effectuer des réclamations.

	Nom de famille (Ne pas inscrire le nom de l'étudiant déjà assuré.)	Prénom	Sexe H/F	Date de naissance			Statut E = enfant C = Conjoint	Relation Fille, fils ou conjoint
				AAAA	MM	JJ		
67 \$*								

\* Taux semestriel pour assurance familiale : **67 \$ (taxes incluses) pour 3 personnes à charge** (par exemple : 3 enfants ou 1 conjoint et deux enfants); 25 \$ par personne supplémentaire

**La couverture d'assurance familiale s'étend du 2 septembre 2009 au 10 janvier 2010.** Le régime couvre les médicaments sous ordonnance à 80 % jusqu'à un maximum de 1250 \$ par famille par semestre.

*Par la présente, je demande la couverture d'assurance familiale offerte par l'Association étudiante de La Cité collégiale pour le semestre d'automne 2009. Je comprends que seules les personnes indiquées ci-dessus profiteront de la couverture du 2 septembre 2009 au 10 janvier 2010.*

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
AAAA MM JJ

<b>Réservé à l'administration</b>	
Montant payé : <input type="text"/> \$	chèque ___ argent ___ Interac ___ crédit ___ <b>Commis : _____</b>