



**RÉGIME D'ASSURANCE
DEMANDE D'ASSURANCE FAMILIALE
Semestre d'été 2010**

Veuillez remettre ce formulaire au H-1060.
Date limite : le 31 mai 2010

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 10 mai 2010 au 20 août 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'été 2010. Je comprends que seules les personnes indiquées ci-dessus profiteront de la couverture du 10 mai 2010 au 20 août 2010.

Signature : _____ Date : ____/____/____
AAAA MM JJ

Réservé à l'administration	
Montant payé : <input type="text"/> \$	Chèque ___ Argent ___ Interac ___ Nom du commis : _____