

**RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT**

NOM ET PRÉNOM DE L'ADHÉRENT				NOM DE L'EMPLOYEUR			GROUPE		N° DE CERTIFICAT (Si connu)	
ADRESSE DE L'ADHÉRENT		N°	RUE		N° APP.	VILLE		PROVINCE		CODE POSTAL
INSCRIPTION AU DÉPÔT DIRECT		TRANSIT	SUCC.	FOLIO		ADRESSE COURRIEL			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
<small>Veuillez joindre un spécimen</small>		<small>5 CHIFFRES</small>	<small>3 CHIFFRES</small>	<small>7 CHIFFRES</small>						

**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 <small>PREUVE REQUISE</small>	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 : _____ DU : _____ AAAA / MM / JJ      AU : _____ AAAA / MM / JJ		<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	

**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>
--