MODIFICATION DES PROTECTIONS

ASSURANCE MALADIE ET/OU SOINS DENTAIRES

Dans ce texte, le masculin englobe les deux genres et est utilisé pour alléger le texte.

Par la présente, je désire modifier mon ou mes régimes (cochez la protection désirée) :

➢ **Régime collectif d'assurance maladie(1) :**

Individuelle : ☐ Monoparentale : ☐ Familiale : ☐ Couple : ☐ → Personnel non syndiqué ou professionnel syndiqué

☐ Je désire être exempté de la protection maladie **(choix irrévocable – voir note 2)** car je suis assuré en vertu du régime de mon conjoint, d'un regroupement professionnel ou d'un régime privé. Sur demande, je peux fournir une copie de l'attestation d'assurance du régime similaire.

Assureur : _____ No police ou contrat : _____

No certificat (ou matricule si employé STM) : _____

➢ **Régime collectif d'assurance soins dentaires:**

Individuelle : ☐ Monoparentale : ☐ Familiale : ☐ Couple : ☐ → Personnel non syndiqué ou professionnel syndiqué

☐ Je désire être exempté de la protection dentaire **(choix irrévocable – voir note 2)** car je suis assuré en vertu du régime de mon conjoint, d'un regroupement professionnel ou d'un régime privé. Sur demande, je peux fournir une copie de l'attestation d'assurance du régime similaire.

Assureur : _____ No police ou contrat : _____

No certificat (ou matricule si employé STM) : _____

(1) La RAMQ oblige toute personne admissible à un contrat collectif d'assurance maladie d'y adhérer. Aussi, vous devez obligatoirement protéger votre conjoint(e) et vos enfants à charge admissibles à moins que ceux-ci soient déjà couverts par un régime collectif.

(2) À noter que ce choix est irrévocable à moins d'un événement prévu au contrat. Pour devenir de nouveau admissible à l'assurance, vous devrez établir qu'il vous est devenu impossible de continuer à être assuré en vertu du régime. Vous pourrez également être tenue d'établir votre assurabilité ou celle de vos personnes à charge selon les dispositions du contrat si vous faites la demande 31 jours après la fin du régime.

REMPLISSEZ CETTE SECTION :

Nom : _____ Matricule : _____ Téléphone : _____

Décrivez brièvement la raison qui motive votre demande de changement (ex.: mariage, naissance, séparation, conjoint de fait depuis trois (3) mois, etc.) :

_____

Date de l'événement : _____

Je certifie que les renseignements fournis sont complets et véridiques.

Date : _____ Signature de l'employé : _____

Prendre note que le délai pour activer votre dossier chez l'assureur peut prendre jusqu'à deux semaines à compter de votre date de modification.

FAITES PARVENIR CE FORMULAIRE PAR COURRIEL (PHOTO ACCEPTÉE - CONSERVEZ L'ORIGINAL) :

assurance@stm.info

Gestion salariale - administration des services