ALUMO

Cégep de Rimouski
Inscription – AUTOMNE 2026
Assurance santé et dentaire de l'AGECR
Date limite : 30 septembre 2026

Association Générale Des Étudiants du Cégep de Rimouski

Pour compléter une inscription au régime d'assurance, vous devez retourner ce formulaire avec un chèque ou un mandat poste à l'ordre de l'ASEQ.

1 INFORMATION DE L'ÉTUDIANT·E

Numéro de matricule	Nom légal	Prénom légal	Prénom choisi	Sexe M ☐ F ☐	Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Adresse	Ville	Province	Code postal

Numéro de téléphone Domicile : Autre :	Courriel	Province d'assurance maladie

2 INSCRIPTION DE L'ÉTUDIANT·E

Si vous avez déjà été facturé·e pour le régime d'assurance, vous n'avez pas besoin de remplir cette section.

Si vous n'avez pas été facturé·e automatiquement par le cégep, mais que vous êtes admissible à la couverture, vous devez remplir cette section et fournir une PREUVE D'ADMISSIBILITÉ (relevé de compte ou droits de scolarité). Choisissez seulement une option parmi les suivantes :

	Montant à payer pour l'inscription de l'étudiant·e
Pour un·e étudiant·e admissible qui n'a pas été facturé·e par le cégep. Santé ☐ 30,84 $ Dentaire ☐ 89,16 $ Santé et Dentaire ☐ 120,00 $	
Pour un·e étudiant·e international·e bénéficiant de la couverture d'assurance maladie du Québec (RAMQ) et qui veut ajouter la couverture santé à la couverture dentaire déjà offerte, **vous devez fournir une copie de votre carte d'assurance maladie du Québec**. Santé ☐ 30,84 $	_____$

3 INSCRIPTION FAMILIALE

Les frais additionnels pour l'inscription des personnes à charge n'incluent pas les frais relatifs à la participation de l'étudiant·e. L'inscription doit être faite chaque année de couverture.

La couverture des personnes à charge doit être égale ou inférieure à celle de la couverture du membre du Régime.

	Montant à payer pour l'inscription familiale
Pour ajouter une (1) personne en plus de l'étudiant·e (conjoint·e ou un enfant) Santé ☐ 30,84 $ Dentaire ☐ 89,16 $ Santé et Dentaire ☐ 120,00 $	
Pour ajouter deux (2) personnes ou plus, en plus de l'étudiant·e (conjoint·e et enfants) Santé ☐ 61,68 $ Dentaire ☐ 178,32 $ Santé et Dentaire ☐ 240,00 $	_____$

4 FRAIS DE L'INSCRIPTION

Additionne les frais des sections 2 et 3 :	_____$

POUR UTILISATION INTERNE SEULEMENT

Date reçue	$	Date SAS	Initiales

AUTOMNE						HIVER					
Individuelle		Couple		Famille		Individuelle		Couple		Famille	
Santé	Dentaire	Santé	Dentaire	Santé	Dentaire	Santé	Dentaire	Santé	Dentaire	Santé	Dentaire

5 INFORMATION SUR LES PERSONNES À AJOUTER À TA COUVERTURE

Nom légal	Prénom légal	Prénom choisi	Lien de parenté (conjoint·e/enfant)	Sexe (M/F)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)

6 ADMISSIBILITÉ POUR LES PERSONNES À CHARGE

Par conjoint·e, on entend votre conjoint·e en vertu d'un mariage ou de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou la personne qui est publiquement présentée comme étant votre conjoint·e depuis au moins 1 an. En tout temps, le Régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint·e.

Par enfant, on entend tout enfant de l'étudiant·e ou d'un·e conjoint·e (sauf un enfant pris en foyer nourricier), qui n'est pas lié à une autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi, et qui est âgé de moins de 22 ans. L'enfant de moins de 26 ans qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et dont vous assurez entièrement le soutien sur le plan financier est également considéré comme un enfant. Si votre enfant a plus de 21 ans et moins de 26 ans, vous devez fournir une preuve d'études à temps plein. Si votre enfant a plus de 21 ans, qu'iel est handicapé·e et que vous assurez entièrement son soutien sur le plan financier, iel est admissible à la couverture.

Ces bénéfices sont assurés par Desjardins Assurances. La couverture voyage est assurée par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada/Securian Canada.

7 INSTRUCTIONS

Prière de retourner le formulaire entre le **1er et le 30 septembre 2026**.

Vous devez inclure les documents suivants lors de votre soumission :

☐ Un chèque ou un mandat poste à l'ordre de l'ASEQ, au montant indiqué à la section 4. **Vous devez inscrire votre numéro de matricule dans la section « mémo ».**

☐ Preuve d'admissibilité : « relevé de compte ou droits de scolarité ». Ceci doit inclure votre nom, votre numéro de matricule ainsi que les frais de l'AGECR.

Tu dois envoyer le formulaire et le paiement au 1200, avenue McGill College, bureau 2200, Montréal (Québec) H3B 4G7.

Des frais administratifs de 25,00 $ s'appliquent à tous les remboursements d'inscription pendant la période de retrait et de changement de couverture. Après cette période, aucun remboursement d'inscription ne sera admis.

La couverture est valide du 1er septembre 2026 au 31 août 2027 à condition de demeurer admissible à la session d'hiver 2027.

8 AUTORISATION

Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'informer Alumo si j'annule ma session ou si mon statut d'étudiant·e est modifié durant la période de couverture.

Je suis autorisé·e à communiquer des renseignements concernant mes personnes à charge inscrites au Régime.

En adhérant au Régime, j'autorise :

- Desjardins Assurances, la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada/Securian Canada, leurs mandataires et leurs fournisseurs de service à utiliser les renseignements que contient le présent formulaire et à les échanger dans le but d'établir la tarification, d'assurer la gestion des garanties et de régler les prestations.
- Alumo et ses mandataires à utiliser les renseignements que contient le présent formulaire dans le but d'assurer la gestion des garanties du Régime ou de tout autre service qu'ils m'ont fourni.

Le montant à payer comprend toutes les sommes à payer, incluant les frais d'inscription des personnes à charge et peut comprendre des frais administratifs et d'autres émoluments.

☐ Je voudrais que mon nom, mon courriel et mes coordonnées soient utilisés par Alumo pour m'envoyer de l'information concernant d'autres produits d'assurance et services spécialement développés pour les étudiant·es. Je comprends que je peux retirer ce consentement en tout temps.

Signature : _____ Date : _____