



**PGSS HEALTH & DENTAL PLAN
ENROLMENT FORM**

**RÉGIME SANTÉ & DENTAIRE DE L'AEÉDTC
FORMULAIRE D'INSCRIPTION**

FORM RESERVED FOR GRADUATE STUDENTS & POSTDOCS
FORMULAIRE RÉSERVÉ UNIQUEMENT AUX 2e, 3e CYCLES ET POSTDOCS

DEADLINES DATES LIMITES

Students registered by September 29, 2011
Étudiant(e)s inscrit(e)s avant le 29 septembre 2011

29 September / Septembre 2011

Students registered after September 29, 2011
Étudiant(e)s inscrit(e)s après le 29 septembre 2011

3 February / Février 2012

SUBMIT TO / SOUMETTRE À: 3650 McTavish, Mtl, QC., H3A 1Y2 / 514-398-1862 (fax) / info.pgss@mail.mcgill.ca

i To add yourself and/or your dependants, return this form to the PGSS office before the deadline with a cheque payable to "PGSS"
Pour vous inscrire au régime ou pour inscrire les personnes à votre charge, veuillez compléter ce formulaire et le remettre avec votre paiement par chèque au bureau de l'AEÉDTC (payable à "AEÉDTC"). Veuillez soumettre le tout avant la date limite.

✉ Reception of enrolment forms will be confirmed by email through your McGill-assigned email account.
Une confirmation sera envoyée dès la réception du formulaire à l'adresse courriel qui vous a été attribuée par McGill.

! IMPORTANT INFORMATION IS FOUND ON THE BACK OF THIS FORM - YOU MUST READ IT BEFORE YOU SIGN AND SUBMIT THIS FORM.
VOUS TROUVEREZ LES INFORMATIONS PERTINENTES À L'INSCRIPTION AU VERSO - VOUS DEVEZ LIRE CES INFORMATIONS AVANT DE SOUMETTRE CE FORMULAIRE.

Student name / Nom de l'étudiant(e): (Family name / Nom de famille) _____ (Name / Prénom) _____

Student no. / No. d'étudiant(e): _____ Sex/Sexe: M F

Birthdate / Date de naissance: _____ day / jour _____ mth / mois _____ yr / année

Address / Adresse: _____ Apt. # _____ City - Prov. / Ville - Prov.: _____ Téléphone: _____

Postal code _____ McGill E-mail / Courriel McGill : _____

Indicate semester(s) in which you are registered /
Indiquez les sessions auxquelles vous êtes inscrit(e)
 Fall/Automne 2011 Winter/Hiver 2012

Are you a student or postdoctoral fellow? /
Êtes-vous un(e) étudiant(e) ou chercheur postdoctoral ?
 Student / Étudiant(e) Postdoc / Chercheur

Are you Canadian / permanent resident? /
Êtes-vous un(e) canadien(ne) / résident(e) permanent(e)?
 Yes/Oui No/Non

Choose your type of coverage / Choix de régime:
 Health/Santé Dental/Dentaire

Are you eligible for an employer's plan /
Êtes-vous admissible à un régime d'employeur?
 Yes/Oui No/Non

Provincial Medicare source /
Source d'assurance maladie provinciale:
_____ Province None/ Aucune

Type of coverage Choix de régime	Dependant's name Nom des personnes à charge	Sex Sexe:	Birthdate Date de naissance:	Province of Medicare coverage / Assurance maladie provinciale:
Health / Santé <input type="checkbox"/> Dental / Dentaire <input type="checkbox"/>	Spouse / Conjoint(e)		_____ day / jour _____ mth / mois _____ yr / année	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Child 1 / Enfant 1		_____ day / jour _____ mth / mois _____ yr / année	_____ <input type="checkbox"/> *
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Child 2 / Enfant 2		_____ day / jour _____ mth / mois _____ yr / année	_____ <input type="checkbox"/> *

I HAVE INCLUDED ADDITIONAL CHILDREN ON THE BACK OF THIS FORM J'AI INCLU D'AUTRES ENFANTS AU VERSO DE CE FORMULAIRE

If a child is 22 or older, please indicate if the child is a "Full-time student" or "Disabled" by checking the box marked with an asterisk (*)
Si l'enfant est âgé de 22 ans ou plus, indiquez s'il est étudiant à temps plein ou s'il souffre d'un handicap en cochant la case suivie d'un astérisque(*)

✍ I have read and understood the information contained on the back of this form.

Je confirme avoir lu et compris les informations au verso de ce formulaire.

Student's signature / Signature de l'étudiant(e)

Date

INTERNAL USE

Agent: H F D F W W W Cheque Money Order \$ _____ Date: _____ Receipt #: _____ Active ID:



**PGSS HEALTH & DENTAL PLAN
ENROLMENT FORM**

**RÉGIME SANTÉ & DENTAIRE DE L'AEÉDTC
FORMULAIRE D'INSCRIPTION**

FORM RESERVED FOR GRADUATE STUDENTS & POSTDOCS
FORMULAIRE RÉSERVÉ UNIQUEMENT AUX 2e, 3e CYCLES ET POSTDOCS

DEADLINES DATES LIMITES

Students registered by September 29, 2011
Étudiant(e)s inscrit(e)s avant le 29 septembre 2011
29 September / Septembre 2011
Students registered after September 29, 2011
Étudiant(e)s inscrit(e)s après le 29 septembre 2011
3 February / Février 2012

IMPORTANT INFORMATION

- 1** This enrolment is valid from Sept. 1, 2011 to Aug. 31, 2012 **only**.
- 2** You must be enrolled in the Plan in order to enrol your dependants.
- 3** The family, couple, and single parent fee is in addition to your student fee.
- 4** I understand that it is my responsibility to inform the PGSS if I cancel my semester or if my status as a student changes during the coverage period.
- 5** If you are a part-time student and wish to enrol your dependants, you must enrol yourself at the student rate, and thereafter enrol your dependants.
- 6** I understand that the coverage of my spouse/dependants is contingent upon my enrolment in the Plan. If I cease to be eligible for the Plan, then my dependent coverage will be terminated.
- 7** I am authorized to disclose information about my spouse and dependants for the purpose of enrolling them in the Plan. By enrolling in this Plan, I authorize the following: Sun Life Assurance Company of Canada, its agents and service providers to use the information on this form to underwrite, administer, and pay claims; the PGSS, ASEQ, and its agents to use the information on this form for benefits administration.
- 8** "Spouse": the person who is your spouse by marriage or under any other formal union recognized by law, or your partner of the opposite sex or of the same sex who has been publicly represented as your spouse for at least the last year.
- 9** "Dependent Child" or "Children": Your children and your spouse's children (other than foster children) are eligible dependants if they are not married or in any other formal union recognized by law, and are under age 22. A child who is a full-time student attending an educational institution recognized under the Income Tax Act (Canada) is also considered an eligible dependant until the age of 26 as long as the child is entirely dependent on you for financial support.

INFORMATIONS PERTINENTES

- 1** Cette adhésion n'est valide **que** du 1er septembre 2011 au 31 août 2012.
- 2** Vous devez être inscrit(e) au régime pour pouvoir inscrire les personnes à votre charge.
- 3** La prime familiale, couple ou mono-parentale s'ajoute à votre prime étudiante.
- 4** Il est de votre responsabilité d'informer votre association étudiante si vous annulez votre session ou si votre statut d'étudiant change durant la période de couverture.
- 5** Si vous êtes étudiant(e) à temps partiel et que vous voulez inscrire les personnes à votre charge, il faudra vous inscrire en payant la prime pour étudiant(e) et ensuite inscrire les personnes à votre charge.
- 6** Vous comprenez que la couverture de votre conjoint ou de vos enfants est reliée à votre inscription au régime. Si vous cessez d'être admissible au régime, votre couverture familiale sera annulée.
- 7** Si vous désirez inscrire votre conjoint ou des enfants au régime, vous devez être autorisé à communiquer des renseignements les concernant. En adhérant au régime, vous autorisez : la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses 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; l'AEÉDTC, l'ASEQ et ses mandataires à utiliser les renseignements que contient le présent formulaire dans le but d'assurer la gestion des garanties.
- 8** Par conjoint, on entend un conjoint en vertu d'un mariage ou de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi. La personne de sexe opposé ou de même sexe est admissible si il/elle est publiquement présenté comme étant votre conjoint depuis un an.
- 9** Par enfant, on entend tout enfant de l'étudiant ou de son conjoint (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.

Type of coverage Choix de régime		Dependant's name Nom des personnes à charge	Sex Sexe:	Birthdate Date de naissance:	Province of Medicare coverage / Assurance maladie provinciale:		
Health Santé	Dental Dentaire	Child 3 / Enfant 3		____ day ____ jour	____ mth ____ mois	____ yr ____ année	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Child 4 / Enfant 4		____ day ____ jour	____ mth ____ mois	____ yr ____ année	<input type="checkbox"/> *
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Child 5 / Enfant 5		____ day ____ jour	____ mth ____ mois	____ yr ____ année	<input type="checkbox"/> *
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Child 6 / Enfant 6		____ day ____ jour	____ mth ____ mois	____ yr ____ année	<input type="checkbox"/> *

If a child is 22 or older, please indicate if the child is a "Full-time student" or "Disabled" by checking the box marked with an asterisk (*)
Si l'enfant est âgé de 22 ans ou plus, indiquez s'il est étudiant à temps plein ou s'il souffre d'un handicap en cochant la case suivie d'un astérisque(*)