

Association Étudiant(e)s Diplômé(e)s Graduate Students Association

DEMANDE DE SOUSCRIPTION – OPT-IN FORM 2019-2020

S.V.P. IMPRIMER LISIBLEMENT / Please print clearly

Numéro d'étudiant(e) / Student Number:

Date de naissance (m/j/a) / Date of Birth (m/d/y):

Sexe / Gender: F M

Nom de famille / Last Name:

Prénom / First Name:

Deuxième nom / Middle Name:

Adresse / Address:

Apt.

Ville, prov. / City, Province:

Code postal / Postal Code:

N° de téléphone / Phone Number: ()

Courriel / E-mail:

Êtes-vous étudiant(e) à temps-partiel et désirez-vous vous inscrire? Oui

Are you a part-time student and wish to enrol yourself? Yes

INSCRIPTION INDIVIDUELLE POUR ETUDIANT(E) A DISTANCE OU A TEMPS PARTIEL SINGLE OFF CAMPUS OR PART TIME STUDENT OPT-IN

****Si vous êtes étudiant(e) à distance ou à temps partiel, s.v.p. voir les frais ci-dessous. N.B. vous devez être assuré sous ce régime pour ajouter les membres de votre famille. / If you are an off campus or a Part-Time student, please see fees below. Note that you must have coverage for yourself to opt-in family members. ****

Santé/Health	<input type="checkbox"/>	\$243.22
Dentaire/Dental	<input type="checkbox"/>	\$285.16
Régime complet/Both	<input type="checkbox"/>	\$528.38

POUR AJOUTER UN OU DES DEPENDANT(S), VEUILLEZ COMPLETER LE TABLEAU CI-DESSOUS

FOR COUPLE OR FAMILY COVERAGE PLEASE FILL OUT THE TABLE BELOW

****Pour que cette couverture soit active, vous devez avoir payé tous vos frais universitaires incluant le régime des soins de santé/dentaire, sans exception. / Before this coverage can be activated, you must have paid all your university fees including the health/dental plan, no exceptions. ****

	<i>Dependant (max. 1)</i>	<i>Dependants (min. 2)</i>
Santé/Health	<input type="checkbox"/> \$204.90	<input type="checkbox"/> \$308.45
Dentaire/Dental	<input type="checkbox"/> \$259.36	<input type="checkbox"/> \$414.10
Régime complet/Both	<input type="checkbox"/> \$464.26	<input type="checkbox"/> \$722.55

***N.B. les personnes à charge n'incluent pas vos parents, frères ou sœurs. / Please note that dependants do not include parents or siblings.**

Nom de famille Last Name	Prénom First Name	Sexe Gender	Date de naissance Date of Birth	Lien (conjoint ou enfant) Relation (spouse or child)
			m/j/a m/d/y	
			m/j/a m/d/y	
			m/j/a m/d/y	
			m/j/a m/d/y	

***Veillez noter que le coût de dépendant(s) ou famille est additionnel au coût d'inscription pour un(e) d'étudiant(e).
Please note that dependant(s) and family health plan fees are in addition to the single student opt-in fee.**

▶▶ **Votre chèque doit être payable à/ Cheque must be made payable to: GSAED ◀◀**

DATE LIMITE POUR L'INSCRIPTION - AUTOMNE / FALL REGISTRATION DEADLINE – 31 OCTOBRE / OCTOBER 31, 2019

DATE LIMITE POUR L'INSCRIPTION - HIVER / WINTER REGISTRATION DEADLINE – 10 FÉVRIER / FEBRUARY 10, 2020

Signature	Date (m/d/y):
GSAED	Date (m/d/y):

****Il s'agit de votre reçu pour fins d'impôt et une preuve d'assurance. Veuillez conserver ce reçu pour vos dossiers.****

****This is your receipt for tax purposes and proof of coverage. Please retain this receipt for your records.****