

**ASSURANCE DENTAIRE – ADHÉSION OU MODIFICATION**

Commission scolaire English-Montréal

Raison de la demande :  Adhésion  Modification

Date de l'adhésion ou de la modification

A	M	J

**1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT**N° de police 97001, Division 8870 N° de certificat \_\_\_\_\_ N° d'employé \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

**2. TYPE DE COUVERTURE D'ASSURANCE DENTAIRE**

L'assurance dentaire est **obligatoire** pour les enseignants du secteur jeunesse à temps plein et à temps partiel et pour les enseignants à temps plein à la formation professionnelle et à la formation aux adultes. Veuillez cocher « Enseignant(e) seulement » si vous n'avez pas de personnes à charge.

L'assurance dentaire est **facultative** pour vos personnes à charge (conjoint et enfants). Si vous désirez inscrire vos personnes à charge, veuillez choisir la couverture appropriée.

Sélectionnez la couverture :

- Enseignant(e) seulement  
 Enseignant(e) et conjoint(e)  
 Enseignant(e) et enfant(s) à charge  
 Enseignant(e), conjoint(e) et enfant(s) à charge

**3. RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE**

Veuillez remplir cette section en fonction du type de couverture choisi

	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance									
Conjoint			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<table border="1"> <tr> <td>A</td> <td>M</td> <td>J</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	A	M	J						
A	M	J											
Enfant			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<table border="1"> <tr> <td>A</td> <td>M</td> <td>J</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	A	M	J						
A	M	J											
Enfant			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<table border="1"> <tr> <td>A</td> <td>M</td> <td>J</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	A	M	J						
A	M	J											
Enfant			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<table border="1"> <tr> <td>A</td> <td>M</td> <td>J</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	A	M	J						
A	M	J											

**4. EXEMPTION** (Veuillez nous soumettre une preuve d'assurance du conjoint)
 Je demande à être exempté(e) de souscrire à l'assurance dentaire, puisque j'ai une couverture similaire avec mon/ma conjoint(e).

Nom du/de la conjoint(e) \_\_\_\_\_

Nom de l'assureur \_\_\_\_\_ N° de police \_\_\_\_\_

**5. DÉCLARATION DU PARTICIPANT**

Je certifie que l'information ci-haut mentionnée est complète et véridique.

Signature du participant

A	M	J

Date

**OÙ ENVOYER CE FORMULAIRE** (Veuillez garder une copie de ce document)

Commission scolaire English-Montréal, Service des ressources humaines, Assurance collective  
6000, avenue Fielding  
Montréal QC H3X 1T4

**DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATEUR – À L'USAGE DE LA COMMISSION SCOLAIRE ENGLISH-MONTRÉAL**

Je certifie que l'information ci-haut mentionnée est complète et véridique.

Nom de l'administrateur

Signature

A	M	J

Date