



Université Saint-Paul  
Saint-Paul University

## Demande de Renonciation – Opt-out Application 2016 - 2017

**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 <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Nom de famille / Last Name:	
Prénom / First Name:	
Adresse / Address:	APT.
Ville, province / City, Province:	Code Postal/Postal Code:
Téléphone / Phone Number:	Courriel / E-mail:

### Assurance dentaire / Dental Insurance

Nom de l'assuré / Name of the insured :	
Employeur / Employer :	No de Certificat / Certificat No :
Compagnie / Company :	No de Police / Policy No :

- J'accepte l'assurance dentaire / I accept the Dental Insurance  
 Je renonce à l'assurance dentaire / I opt-out of the Dental Insurance

### Assurance médicale / Medical Insurance

Nom de l'assuré / Name of the insured :	
Employeur / Employer :	No de Certificat / Certificat No :
Compagnie / Company :	No de Police / Policy No :

- J'accepte l'assurance médicale / I accept the Medical Insurance  
 Je renonce à l'assurance médicale / I opt-out of the Medical Insurance

*EN SIGNANT CE FORMULAIRE, L'ÉTUDIANT(E) RENONCE TOUTES GARANTIES OFFERTES PAR L'UNIVERSITÉ SAINT-PAUL. L'ÉTUDIANT(E) NE RECEVRA PAS DE REMBOURSEMENT POUR SES RÉCLAMATIONS.*

*BY SIGNING THIS FORM, THE STUDENT WITHDRAWS FROM ALL BENEFITS OFFERED BY SAINT-PAUL UNIVERSITY. THE STUDENT WILL NOT RECEIVE ANY REIMBURSEMENT FOR CLAIMS.*

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiant  
Student Signature

\_\_\_\_\_  
AEUSP  
SPUSA

## **Avis :**

Si vous renoncez à l'assurance dentaire et/ou médicale, un crédit sera imputé à votre compte étudiant de l'Université Saint-Paul.

Pour l'année 2016-2017, la date limite pour renoncer au régime est le 30 septembre 2016. Après cette date, aucune demande de renonciation ne sera acceptée. Vous devez faire une demande de renonciation pour chaque année scolaire.

Si vous renoncez, soit à l'assurance médicament et/ou dentaire, vous devez être prêt à fournir les preuves nécessaires en tout temps.

Voici des exemples de preuves :

- Lettre de l'employé ou de l'employeur donnant les détails du plan
- Copie de la carte d'assurance
- Détails relatifs à la couverture, au numéro de police ainsi qu'à la compagnie d'assurance

Les couvertures provinciales telles que l'Assurance-santé de l'Ontario (OHIP) ou le Régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) ne sont pas considérées comme étant similaire car ils ne couvrent pas les mêmes services. Ceci s'applique aussi aux étudiant(e)s international(e)s qui sont inscrit sous le Régime d'assurance médicale universitaire (RAMU).

Si vous avez des questions, contactez l'Association étudiant(e)s de l'Université Saint-Paul par courriel [spusa-aeusp@ustpaul.ca](mailto:spusa-aeusp@ustpaul.ca) , par téléphone (613) 236-1393 poste 3008 ou présentez-vous au local 50.

***Remettre votre demande de renonciation à l'AEUSP au local 50 ou au bureau d'aide financière local 172.***

## **Notice :**

If you opt-out of the medical and/or dental insurance, the reimbursement will become a credit on your Saint Paul University account.

For 2016-2017, the deadline to opt out is September 30, 2016. After this date, you can no longer opt-out of the plan; *you must fill out an opt-out form every school year.*

If you chose to withdraw from the program, proof of similar health and/or dental insurance coverage must be available for review upon request.

Some examples are:

- Letter from employer or insurer detailing the current plan
- Insurer drug card or insurance certificate
- Details relating to coverage, the policy number and the insurer will also be required

Provincial insurance plans such as the Ontario Health Insurance Plan (OHIP) or Quebec's RAMQ are not considered similar because they do not cover the same services. This also applies to international students who must purchase the University Health Insurance Plan (UHIP).

If you have questions, please contact the Student Association of Saint Paul University at [spusa-aeusp@ustpaul.ca](mailto:spusa-aeusp@ustpaul.ca) or by phone (613) 236-1393 ext. 3008 or in person at Room 50.

***Submit your opt-out application to SPUSA Room 50 or at the Financial Aid Office room 172.***