



Ce formulaire s'adresse aux étudiant·e·s qui se sont désisté·e·s pour l'année académique en cours et qui souhaitent adhérer à la couverture voyage. En vous réintégrant, vous bénéficierez de la même couverture voyage que les étudiant·e·s inscrit·e·s au régime de votre association étudiante. Ainsi, votre couverture sera effective pour le reste de l'année académique en cours. Vous pouvez consulter les détails du volet assurance voyage ainsi que du Rabais-Réseau sur notre site internet à [planmajor.ca](http://planmajor.ca).

COÛT DE LA COTISATION

COTISATION ANNUELLE AU RÉGIME DE VOTRE ASSOCIATION

Afin de vous réintégrer, vous devez acheminer ce formulaire accompagné de votre paiement à [etudiant@planmajor.ca](mailto:etudiant@planmajor.ca). Veuillez prévoir qu'un délai de 7 jours ouvrables s'applique pour l'activation de la couverture à partir du moment de la réception du paiement et du formulaire. Il est de votre responsabilité d'anticiper ce délai. Prendre note que l'acceptation de votre couverture n'est pas automatique et que Plan Major se réserve le droit de refuser la réintégration. Veuillez contacter Plan Major pour plus d'informations et connaître le coût de la cotisation.

## 2 options de paiements disponibles ( La cotisation doit être payée en totalité lors du paiement. )

### 01 Par virement bancaire

Acheminez le formulaire par courriel à l'adresse suivante:

**[etudiant@planmajor.ca](mailto:etudiant@planmajor.ca)**

Ajoutez *Plan Major* à la liste de vos fournisseurs et utilisez votre Code Major comme numéro de référence.

Nous sommes affiliés à la Banque Nationale, BMO, CIBC, TD et la Caisse Desjardins.

### 02 Par chèque

Postez le formulaire et le chèque à l'adresse suivante:

**Plan Major**  
**763, boulevard St-Joseph,**  
**Gatineau, Québec, J8Y 4B7**

Si vous utilisez la poste, il est de votre responsabilité d'anticiper les potentiels délais.

## Renseignements personnels ( S.V.P. écrire lisiblement en lettre moulées )

NOM , PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

AAAA

/

MM

/

JJ

INSTITUTION D'ENSEIGNEMENT

CODE MAJOR

ADRESSE

VILLE

PROVINCE

CODE POSTALE

N° TÉLÉPHONE

ADRESSE COURRIEL

DESTINATION VOYAGE

DATE DE DÉPART

AAAA

/

MM

/

JJ

DATE DE RETOUR

AAAA

/

MM

/

JJ

J'ai lu le présent document et je comprends que ma réintégration n'inclut que le volet voyage et le Rabais-Réseau.

Je comprends que je serai couvert à partir du moment où Plan Major me fournira une confirmation de couverture.

Je comprends que ma demande de réintégration sera irrévocable une fois la demande acheminée à Plan Major et que des frais d'administration pourraient s'appliquer.

J'ai pris connaissance de la couverture voyage et elle correspond à mes besoins.

SIGNATURE

DATE