



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

☎ 1 877-976-2567

🌐 [planmajor.ca](http://planmajor.ca)

Ce formulaire s'adresse aux personnes qui désirent prolonger leur couverture et/ou ajouter des personnes à charge. Les demandes de modifications (prolongation et/ou demande d'ajout de personnes à charge) doivent être reçues pendant la période de modifications.

### Important

Plan Major se réserve le droit d'effectuer la vérification et la validation des documents admissibles prouvant le statut de vos personnes à charge. Assurez-vous de les avoir en main et de pouvoir nous les fournir dans un délai de 10 jours ouvrables. Si les pièces justificatives ne sont pas reçues dans ce délai, votre demande d'ajout de personne à charge pourrait être refusée et annulée. De plus, assurez-vous de contacter Plan Major afin de connaître le coût de la cotisation qui s'applique à votre situation.

#### **Vous avez demandé une prolongation de couverture auprès de Plan Major et vous êtes inscrit à un nouveau cours du Cégep à distance pendant votre période de couverture de 12 mois ?**

Il est de votre responsabilité de communiquer avec Plan Major par courriel à [etudiant@planmajor.ca](mailto:etudiant@planmajor.ca) afin de demander le remboursement de la cotisation d'assurance qui devrait vous avoir été chargée par le Cégep. Vous devez contacter Plan Major dans les 45 jours suivants la facturation de cette nouvelle cotisation afin de vous assurer d'obtenir un remboursement.

### Coût de la cotisation

Prolongation de couverture	<b>108 \$</b> pour 8 mois supplémentaires au 4 mois initiaux <i>(couverture de 12 mois)</i>
----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

Afin d'étendre votre couverture à vos personnes à charge, vous devez d'abord prolonger votre couverture actuelle (ajouter 8 mois) **et** effectuer l'ajout de vos enfants et/ou conjoint-e pour une période de 12 mois. La cotisation pour l'ajout d'enfants est invariable, peu importe le nombre d'enfants.

Ajout d'enfants(s) <b>OU</b> conjoint-e <i>(même couverture que l'assuré-e)</i>	<b>162 \$</b> pour 12 mois de couverture
Ajout d'enfants(s) <b>ET</b> conjoint-e <i>(même couverture que l'assuré-e)</i>	<b>324 \$</b> pour 12 mois de couverture

### Procédure

1. Remplir et signer le formulaire.
2. Acheminer le formulaire à [etudiant@planmajor.ca](mailto:etudiant@planmajor.ca).
3. Par la suite, notre équipe analysera la demande reçue et communiquera avec vous dans un délai de 5 jours ouvrables. Attendez la confirmation d'un membre de notre équipe pour connaître le montant de la cotisation à payer ainsi que les modalités de paiements.
4. Une fois le paiement effectué, une confirmation par courriel vous sera acheminée dans les 7 jours ouvrables suivants, attestant que votre demande a été enregistrée. **Conservez ce courriel.**

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

NOM	PRÉNOM	
INSTITUTION D'ENSEIGNEMENT	MATRICULE ÉTUDIANT	
ADRESSE	VILLE	
PROVINCE	CODE POSTAL	DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ) / /
NO TÉLÉPHONE	ADRESSE COURRIEL	

## Informations sur les personnes à charge

NOM, PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ)	H	F
NOM, PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ)	H	F
NOM, PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ)	H	F
NOM, PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ)	H	F
NOM, PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ)	H	F

## Autorisation et déclaration

Je déclare que mon/ma conjoint-e à charge remplit une des conditions ci-dessous :

- personne unie au membre de l'association étudiante de par un mariage légal, une union civile ou tout autre type d'union formelle reconnue par la loi ;
- personne qui vit conjugalement avec le membre de l'association étudiante depuis au moins 12 mois et qui n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union ;
- personne qui vit conjugalement avec le membre de l'association étudiante, a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

Je déclare que mes enfants à charge remplissent les conditions ci-dessous :

- les enfants qui ont moins de 21 ans et pour lesquels le membre (ou son conjoint-e) exerce une autorité parentale;
- les enfants qui ont 25 ans ou moins, qui n'ont pas de conjoint-e et qui étudient à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu.

Je confirme avoir en main les documents prouvant ma demande. Plan Major se réserve le droit d'effectuer la vérification et validation des documents admissibles prouvant le statut de vos personnes à charge. Assurez-vous de pouvoir nous les fournir dans un délai de 10 jours ouvrables.

Je comprends que, dans l'éventualité où j'annule l'ajout de la couverture pour personnes à charge après avoir soumis mon paiement, Plan Major pourra déduire 40 \$ de mon remboursement à titre de frais d'administration.

Je comprends que le paiement de la cotisation doit parvenir au plus dans les 12 jours ouvrables suivant la transmission de mon formulaire à Plan Major. Si applicable, il est de ma responsabilité d'anticiper les délais postaux et bancaires. Je comprends qu'à défaut d'acheminer mon paiement dans ces délais, ma demande sera annulée sans possibilité de révision.

Je connais les conditions ainsi que les coûts de la cotisation reliés à cette demande et consens à payer les frais qui s'y rattache. En cas de doute, j'ai contacté Plan Major.

## Signature

SIGNATURE DATE

## Autorisation et signature pour enfant(s) majeur(s) et/ou conjoint(e), si applicable

*Il est important que toutes vos personnes à charge majeures autorisent et signent la section ci-dessous. Si ce n'est pas le cas, votre demande pourrait être refusée et annulée.*

J'autorise la divulgation de mes informations personnelles à Plan Major pour toute la durée de la couverture. Je consens à ce que mes informations personnelles soient partagées, durant cette période, avec les assureurs ou les fournisseurs du service.

NOM, PRÉNOM SIGNATURE DATE (AAAA/MM/JJ)

J'autorise la divulgation de mes informations personnelles à Plan Major pour toute la durée de la couverture. Je consens à ce que mes informations personnelles soient partagées, durant cette période, avec les assureurs ou les fournisseurs du service.

NOM, PRÉNOM SIGNATURE DATE (AAAA/MM/JJ)