



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

☎ 1 877-976-2567

🌐 [planmajor.ca](http://planmajor.ca)

Ce formulaire s'adresse aux personnes étudiantes s'étant désistées de façon permanente du régime de l'association étudiante et qui souhaitent réintégrer la couverture d'assurance santé complémentaire et dentaire pendant la période de modifications. Chaque personne étudiante a une seule période de modifications selon le début de leurs cours d'automne ou d'hiver. Voir la période qui correspond à votre situation sur [planmajor.ca](http://planmajor.ca).

### Important

Votre couverture prendra fin le 31 août si vous conservez votre statut étudiant à la session d'hiver et êtes membre de votre association. Prendre note qu'à l'automne, vous devrez nous faire parvenir ce formulaire ainsi que le paiement de la cotisation lors de la période de modifications pour conserver la couverture de votre régime étudiant. Voir les conditions et les coûts de cotisation qui s'appliquent à votre situation.

### Procédure

1. Voir les conditions et les coûts de la réintégration inscrits plus bas.
2. Remplir et signer le formulaire.
3. Acheminer le formulaire à [etudiant@planmajor.ca](mailto:etudiant@planmajor.ca).
4. Par la suite, notre équipe analysera la demande reçue et communiquera avec vous dans un délai de 5 jours ouvrables. Attendez ainsi la confirmation d'un membre de notre équipe pour connaître le montant de la cotisation à payer ainsi que les modalités de paiements.
5. 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. Tous les champs sont obligatoires)

NOM	PRÉNOM	
<input type="text"/>		
INSTITUTION D'ENSEIGNEMENT		NUMÉRO DE CERTIFICAT*
<input type="text"/>		<input type="text"/>
ADRESSE		VILLE
<input type="text"/>		<input type="text"/>
PROVINCE	CODE POSTAL	DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N0 TÉLÉPHONE	ADRESSE COURRIEL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

\*Afin de connaître votre numéro de certificat informez-vous sur la page de votre association étudiante sur [planmajor.ca](http://planmajor.ca)

## Conditions et coûts de la cotisation (Cocher ce qui s'applique à votre situation)

Je n'ai pas perdu de couverture d'assurance privée  
ou  
J'ai perdu ma couverture d'assurance privé depuis **PLUS** de 91 jours

### Dans ce cas :

- Le coût de la cotisation de réintégration correspond au double de la cotisation annuelle du régime santé-dentaire de l'association étudiante lorsque c'est la première fois que vous réintégrez le régime.
- Les années suivantes si vous êtes admissible, le coût pour obtenir la couverture d'assurance sera la cotisation annuelle simple.

J'ai perdu ma couverture d'assurance privé dans les derniers 90 jours

### Dans ce cas :

- Si vous avez une preuve de perte de couverture d'un régime privé, parents, employeur ou régime d'un.e conjoint.e, la cotisation pourrait être révisée.
- Vous devez joindre un document provenant de votre ancien assureur ou figure la date de fin de couverture, votre prénom et nom.

### Dans les deux cas :

- La réintégration au régime est complète, c'est-à-dire que vous devez adhérer au volet santé complémentaire et dentaire.
- Vous devrez toujours faire une demande via ce formulaire afin de réintégrer le régime de votre association étudiante.
- Vous ne serez plus jamais facturé pour la cotisation sur votre état de compte institutionnel et devrez payer la cotisation demandée en un seul versement dans le délai mentionné par l'équipe de Plan Major.

## Autorisation et déclaration

Je comprends qu'il est de ma responsabilité de valider que je serai toujours couverte ou couvert par le régime de mon association étudiante à la session prochaine si je suis toujours aux études et membre de l'association.

J'ai joint les documents nécessaires à l'évaluation du dossier (preuve de perte de couverture, état de compte ou autres documents).

Je comprends que, dans l'éventualité où j'annule cette demande 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 tard dans les 10 jours suivant la confirmation par l'équipe Plan Major et avant la date de fin de période de modifications. Je comprends qu'à défaut d'acheminer mon paiement dans ces délais, ma demande sera annulée sans possibilité de révision.

Je connais les conditions de maintien de mon adhésion au régime et comprends que si je perds mon statut étudiant à la session d'hiver, je perds automatiquement ma couverture sans possibilité de remboursement.

## Signature

En signant ce formulaire, j'atteste que les informations transmises et déclarations sont véridiques et qu'en cas de doute il est de ma responsabilité de contacter Plan Major.

SIGNATURE

DATE (AAAA/MM/JJ)