



✉ etudiant@planmajor.ca

☎ 1 877-976-2567

🌐 planmajor.ca

Ce formulaire s'adresse aux personnes étudiantes qui souhaitent adhérer à une couverture voyage (soins médicaux d'urgence, annulation et interruption de voyage). L'assurance voyage sera effective du moment de l'activation jusqu'au 31 août suivant. N'hésitez pas à communiquer avec un membre de notre équipe pour toutes questions ou pour savoir si cette couverture vous convient.

Couverture voyage

Annulation et interruption de voyage

Avenant maladie infectieuse

Service d'assistance 24/7

+ Accès au Rabais-Réseau Plan Major

75,00\$ / personne

Durée de la couverture : de l'activation de la couverture jusqu'au 31 août suivant.

Procédure

1. Remplir et signer le formulaire.
2. Acheminer le formulaire à voyage@planmajor.ca.
3. 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 les modalités de paiement.
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)

N0 TÉLÉPHONE

ADRESSE COURRIEL

DESTINATION VOYAGE

DATE DE DÉPART (AAAA/MM/JJ)

DATE DE RETOUR (AAAA/MM/JJ)

Option bagages et retard de voyage - Allianz

Cette couverture *Garanties non-médicales* d'Allianz est offerte en option. Elle permet d'obtenir une protection en cas de perte et retard de bagages, de retard de voyage, ainsi que d'interruption et d'accident de voyage.

Tarif pour une couverture de 3 à 30 jours : **27,25 \$**

Police ↓

Exclusions ↓

Je souhaite adhérer à cette couverture.

Je confirme que la durée requise pour cette assurance est la même que les dates du voyage indiquées plus haut.

J'ai pris connaissance des critères d'admissibilité à la page 6 de la police, ainsi que des conditions, limitations et exclusions. Je confirme être admissible à cette couverture.



Autorisation et déclaration

J'ai pris connaissance de la couverture voyage et elle répond à mes besoins. Je consens à payer les frais et cotisations reliés à ma demande. En cas de doute, j'ai contacté Plan Major.

Je comprends que je serai couverte ou couvert à partir du moment où Plan Major me fournira une confirmation de couverture et uniquement pour la période mentionnée.

Je comprends que, dans l'éventualité où j'annule cette demande après avoir soumis mon paiement, Plan Major pourra déduire 25 \$ 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 du montant de la cotisation à payer. Je comprends qu'à défaut d'acheminer mon paiement dans ces délais, ma demande sera annulée sans possibilité de révision.

J'autorise la divulgation de mes informations personnelles à Plan Major pour toute la durée de l'année académique qui se termine au 31 août. Je consens à ce que mes informations personnelles soient partagées, durant cette période, avec :

- les assureurs ou les fournisseurs de la couverture voyage; et
- l'institution d'enseignement, dans le cas d'un voyage pris en charge par l'institution.

Signature

SIGNATURE

DATE (AAAA/MM/JJ)

Veillez prendre note qu'il est de votre responsabilité de vous assurer d'obtenir une confirmation de la réception de votre demande et de votre paiement par Plan Major. Plan Major se réserve le droit de juger de l'admissibilité d'une personne. Les cotisations incluent, si applicable, les primes, les frais d'administration, les commissions, les réserves financières et les taxes qui peuvent se rattacher au régime.

Ajout de personnes à charge

Vous avez la possibilité d'ajouter vos personnes à charge à la couverture voyage. Pour 75,00 \$ / personne, vos personnes à charge bénéficieront de la même couverture que vous. Remplissez la section suivante.

NOM	PRÉNOM	LIEN		SEXE		DATE DE NAISSANCE		
		CONJOINT-E	ENFANT	HOMME	FEMME	ANNÉE	MOIS	JOUR

Je déclare que mon/ma conjoint-e ou mes enfants à charge remplissent les conditions d'admissibilité (voir avec Plan Major pour connaître les conditions).

Autorisation et signature d'enfant(s) majeur(s) et/ou du 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 (DU CONJOINT-E OU ENFANT MAJEUR)

SIGNATURE (DU CONJOINT-E OU ENFANT MAJEUR)

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 (DE L'ENFANT MAJEUR)

SIGNATURE (DE L'ENFANT MAJEUR)

DATE (AAAA/MM/JJ)