



Régime étudiant de soins de santé bonifié de l'AEÉTS
Formulaire de retrait
Période de changement de couverture : 5 au 31 janvier 2024



Les étudiantes internationales, membres de l'Association Étudiante de l'École de technologie supérieure (AEÉTS), qui ont débuté leurs études en automne 2023 doivent utiliser ce formulaire pour se retirer du Régime de soins de santé facturé sur votre session d'hiver 2024.

Pour bien vous identifier et afin de maintenir la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels que vous nous transmettez, veuillez s'il vous plaît remplir ce formulaire si vous désirez vous retirer ou changer la couverture du Régime de soins de santé de votre association étudiante.

Pour plus d'information, visitez le www.aseq.ca.

Pour soumettre le formulaire : Visitez le <https://contact.aseq.ca/fr/contact/60> et sélectionnez « Autre » sous le champ « Raison de la demande ».

1 INFORMATION SUR L'ÉTUDIANT-E	
Nom et prénom légal	Prénom choisi
Code Permanent	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Numéro de téléphone	Courriel

2 RETRAIT

Vous pouvez refuser d'adhérer aux bénéfices offerts par le Régime de l'AEÉTS en cochant l'option applicable.

Pour que votre retrait ou changement de couverture soit traité, ce formulaire doit être dûment rempli et envoyé à l'ASEQ via le formulaire de support en ligne en sélectionnant « Autre » sous le champ « Raison de demande » en cliquant ici : <https://contact.aseq.ca/fr/contact/60>

Vous devez faire parvenir votre demande avant la fin de la période de retrait et de changement de couverture, soit avant le 31 janvier 2024.

- Je ne veux aucun Régime complémentaire santé de l'AEÉTS (Remboursement de 75,80 \$)
 Je veux changer ma couverture et conserver le Régime complémentaire santé **de base** de l'AEÉTS (Remboursement de 5,32 \$)

Le montant ci-dessus sera **crédité à votre compte universitaire** après la fin de la période de retrait et de changement de couverture. Si à la mi-mars vous n'avez pas reçu votre remboursement, veuillez nous contacter par courriel à service@aseq.com.

Mon retrait sera valide du 1^{er} janvier 2024 au 31 août 2024. En septembre 2024, si je suis toujours admissible, je serai de nouveau inscrite au Régime et je devrai soumettre une nouvelle demande de retrait si je ne veux pas bénéficier des avantages offerts par le Régime.

3 AUTORISATION ET SIGNATURE POUR LE RETRAIT

J'atteste que les déclarations sont exactes et véridiques. Une photocopie ou une version électronique du présent formulaire a la même valeur que l'original. Par la présente, je décline ou change la couverture complémentaire de soins de santé offerte par mon association. Je comprends que le régime auquel je refuse de participer peut ne pas être identique à un régime que je posséderais présentement. Je comprends également que je peux être admissible pour réclamer et combiner les bénéfices des deux régimes si je choisis de ne pas me retirer du présent Régime de soins de santé et dentaires.

Les étudiantes choisissent de se retirer du présent Régime libèrent l'assureur, l'AEÉTS, l'ASEQ et toutes les parties impliquées de toute responsabilité qui puisse être imputable pour toute perte subie par l'étudiante. Il est de la responsabilité de l'étudiante de se familiariser avec le Régime avant de s'en retirer.

ATTENTION : Ce formulaire vous permet uniquement de vous retirer du Régime complémentaire de santé de l'AEÉTS. Ceci ne vous permet pas de vous retirer du régime d'assurance collectif de l'École de technologie supérieure (ÉTS) qui couvre les frais médicaux et hospitaliers que vous devez obligatoirement détenir durant la durée de vos études au Canada.

Sauf si indiqué ci-dessous, j'accepte que mon nom et mes coordonnées soient utilisés par l'ASEQ pour m'envoyer de l'information concernant d'autres produits d'assurance et services spécialement développés pour les étudiantes et étudiants. Je comprends que je peux retirer ce consentement en tout temps.

Je refuse

Signature de l'étudiante ou l'étudiant X	Date (jj/mm/aaaa) / /
---	--------------------------