RÉGIME D'ASSURANCE
FORMULAIRE DE RETRAIT
Pour les étudiants bénéficiant d'un régime équivalent
Semestre d'été 2010

ÉTAPES

1) Ce formulaire doit être rempli et retourné au plus tard **le 31 mai 2010** à l'adresse suivante :
   Association étudiante de La Cité collégiale inc.
   801, promenade de l'Aviation, pièce H-1060
   Ottawa (Ontario) K1K 4R3

2) Une preuve d'un régime d'assurance équivalent doit être annexée au formulaire. Cette preuve doit indiquer clairement que tu es assuré et doit comporter les éléments suivants :
   - ton nom;
   - le nom de ton parent ou conjoint qui souscrit à l'assurance;
   - le numéro de la police d'assurance;
   - le nom ou logo de l'assureur;
   - une date récente.

3) Les chèques de remboursement **seront envoyés par la poste** à l'adresse indiquée ci-dessous dans les 30 jours suivant la date d'échéance.

RÈGLEMENTS

- Pour être admissible au remboursement de la prime d'assurance, tu dois avoir payé la prime d'assurance pour le semestre en cours (14 $).
- Les formulaires incomplets, illisibles ou sans preuve d'assurance équivalente ne seront pas considérés.
- Les étudiants qui ont déjà utilisé le régime d'assurance pour le semestre en cours ne pourront pas se désister.
- Tu dois respecter la date d'échéance de retrait.

Si, pour une raison valable, tu changes d'idée, tu dois **faire une demande par écrit**, avant la date limite pour le retrait du régime (inscrite en haut du formulaire) et la faire parvenir à l'ASSO, à l'adresse inscrite à l'étape 1. Une décision sera prise et te sera soumise **par écrit** à l'adresse inscrite ci-dessous.

_____	_____	_____
Nom de l'étudiant	N° de l'étudiant	Date de naissance (jj/mm/aa)
_____	_____	
Adresse	Programme d'études	

_____	_____	_____	(_____)_____
Ville	Province	Code postal	N° de téléphone

Je confirme par la présente mon refus d'adhérer au régime d'assurance offert par l'ASSO. En signant, je déclare ne pas avoir utilisé les prestations fournies par le régime d'assurance de l'ASSO. J'ai pris connaissance de la protection offerte par le régime et réalise qu'il me sera impossible d'y souscrire à nouveau au cours de la présente période de couverture.

Je comprends que je me désiste de la couverture du 10 mai 2010 au 20 août 2010 et je comprends que ce retrait n'est valable que pour cette période de couverture.

_____ Date : _____/_____/_____
Signature de l'étudiant JJ MM AA