



Le génie pour l'industrie

École de technologie supérieure
1100, rue Notre-Dame Ouest
Montréal (Québec) Canada H3C 1K3
Téléphone : 514 396-8888 | Télécopieur : 514 396-8831

Bureau du registraire

Retournez ce formulaire complété et signé à :
Return this completed and signed form at:
accueilregistraire@etsmtl.ca

SESSION D'AUTOMNE 2020
Formulaire de demande d'exclusion pour
les étudiants visés par une entente de réciprocité
OU l'annulation des frais de l'assurance collective Desjardins
Assurance maladie et hospitalisation obligatoire pour étudiants étrangers

FALL 2020 SEMESTER
Reimbursement request and waiver form
Mandatory Health and Hospitalization Insurance for Foreign Students

Identification

Prénom / First name : _____

Nom / Last name : _____

Code permanent / Permanent code : _____

L'assurance maladie et hospitalisation est obligatoire et facturée à tous les étudiants étrangers. Cependant, si un étudiant suit tous ses cours à distance, depuis l'extérieur du Canada, il pourrait ne pas être dans l'obligation de fournir une preuve d'adhésion au régime de santé québécois RAMQ, le cas échéant, ou être admissible à une annulation des frais de la prime de l'assurance collective Desjardins pour la période où il n'est pas au Canada.

All foreign students in Québec are required to have health and hospitalization insurance for themselves and their accompanying dependents and to maintain this insurance for the duration of their studies. However, if a student attends all his classes remotely, from outside Canada, he may be admissible to a cancellation of the fees of the Desjardins Insurance premium, for the period he is not in Canada.

- Étudiants visés par une entente de réciprocité avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) : veuillez remplir et signer ce formulaire afin d'être exclu de l'obligation de fournir une preuve d'adhésion au régime de santé québécois.
- Tous les autres étudiants : veuillez remplir et signer ce formulaire pour demander l'annulation des frais de la prime de l'assurance maladie et hospitalisation pendant votre séjour à l'extérieur du Canada.

Please complete and sign this form to request a cancellation of the fees of the Desjardins insurance premium while staying outside of Canada.

Je confirme que je ne suis pas sur le territoire canadien. Mon adresse actuelle est inscrite ci-bas :

Je m'engage à faire cette modification d'adresse dans mon portail étudiant ([MonÉTS](#)).

I certify that I am not in Canada. My current address is written below:

I agree to make this change of address in my student portal ([MonÉTS](#)).

(continuer à la page suivante / continue on next page)

Formulaire de demande d'exclusion pour les étudiants visés par une entente de réciprocité
OU l'annulation des frais de l'assurance collective Desjardins
Assurance maladie et hospitalisation obligatoire pour étudiants étrangers

*Reimbursement request and waiver form
Mandatory Health and Hospitalization Insurance for Foreign Students*

- Je comprends** qu'en demandant l'annulation des frais de la prime de cette assurance, je ne suis plus couvert pour les soins médicaux au Canada (pour les étudiants couverts par l'assurance Desjardins).
I understand that by asking to cancel the fees for this insurance, I am no longer covered for medical care in Canada.
- Je m'engage à prévenir l'ÉTS** dès que je connais la date de mon arrivée au Canada, afin que l'assurance maladie et hospitalisation obligatoire soit réactivée dès mon arrivée. Je devrai alors acquitter les frais sans délai, **ou**, si je suis couvert par l'entente de réciprocité, de fournir une preuve d'adhésion à la RAMQ.
I agreed to inform ETS as soon as I know the date of my arrival in Canada, in order for the Health and hospitalization insurance to be reactivated upon my arrival. I will then have to pay those fees without delay.
- Je suis conscient** que ma décision de demander l'annulation des frais de la prime de l'assurance et que l'exactitude de mes renseignements relèvent entièrement de ma propre responsabilité (pour les étudiants couverts par l'assurance Desjardins).
I understand that my decision to cancel the fees for this insurance and that the accuracy of my information is entirely my own responsibility.

Signature

- En cochant cette case et en signant numériquement mon nom dans l'espace dédié, je confirme que les renseignements ci-dessus sont véridiques et que je m'engage à respecter les conditions de ce formulaire.
By checking this box and signing digitally my name in the appropriate space, I confirm that the above information is true and that I agree to comply with the conditions of this form.

Signature

Date (jj/mm/aaaa) (dd/mm/yyyy)

Retournez ce formulaire complété et signé à :
Return this completed and signed form at:
accueilregistraire@etsmtl.ca