

FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'ASSURANCE VOYAGE

À l'intention des étudiants, des employés du Cégep de Trois-Rivières et des consultants qui déclarent détenir des assurances personnelles dans le cadre d'un séjour au Canada (hors Québec) ou à l'extérieur du Canada

Ce formulaire doit être rempli et nous être remis au moins 10 jours ouvrables avant la date de départ.

M/F	NOM DU VOYAGEUR		ADRESSE	DATE DU DÉPART (JJ/MM/AA)	DATE DE RETOUR (JJ/MM/AA)
	(NOM)	(PRÉNOM)			
VILLE(S)/RÉGION(S) DE DESTINATION :			PAYS DE DESTINATION :		

CONFIRMATION D'ASSURANCE	
Je confirme que je détiens une assurance-voyage, santé, médicaments et rapatriement personnelle, dans le cadre du séjour _____ (nom du séjour / nom du projet) laquelle respecte les exigences minimales¹ exigées par le collège et qui sera en vigueur à partir du jour du départ, et ce, jusqu'au jour du retour inclusivement. Je m'engage à transmettre ma preuve d'assurance personnelle au Bureau international. ☐ _____ (initiales)	
Par la présente, je refuse le régime d'assurance maladie contracté par le collège et je dégage le Cégep de Trois-Rivières de toute la responsabilité liée aux assurances. ☐ _____ (initiales)	
Nom et signature	Date (Année/Mois/Jour)

¹ Prestations pour soins médicaux d'urgence hors de la province – 5 000 000 \$, Transport terrestre – 20 000 \$, Transport aérien d'urgence – 500 000 \$, Rapatriement de la dépouille 15000\$

