

**A - DEMANDE D'EXEMPTION**  
**B - DEMANDE DE PARTICIPATION**  
**SUITE À UNE FIN D'EXEMPTION****IDENTIFICATION** Cette section doit toujours être remplie.

Nom de l'employeur		Numéro de contrat	Numéro de compte
Nom de l'adhérent	Prénom	Numéro d'identification ou de certificat	

**A - DEMANDE D'EXEMPTION**

## IDENTIFICATION DU RÉGIME SIMILAIRE

- Régime de mon conjoint : nom et prénom \_\_\_\_\_
- Autre régime

Nom de l'employeur :

Nom de l'assureur	Numéro de contrat	Numéro d'identification	Date du début de l'assurance du régime similaire AAAA MM JJ
-------------------	-------------------	-------------------------	--

JE DÉCLARE CE QUI SUIT :

Les garanties du régime d'assurance collective souscrit par mon employeur auprès de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances, m'ont été offertes et m'ont été expliquées en détail. Étant déjà couvert par des garanties similaires en vertu du régime d'assurance collective indiqué ci-dessus, **je renonce à la (aux) garantie(s) suivante(s) :**

ADHÉRENT ET PERSONNE(S) À CHARGE

- RÉGIME QUI INCLUT L'ASSURANCE MÉDICAMENTS
- RÉGIME DE SOINS COMPLÉMENTAIRES
- RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

Je comprends que pour devenir de nouveau admissible à l'assurance, je devrai établir à la satisfaction de l'assureur qu'il m'est devenu impossible de continuer à être assuré en vertu de ce régime. Je comprends également que je pourrais être tenu d'établir mon assurabilité ou celle de mes personnes à charge selon les dispositions du contrat et cela, à mes frais si je fais ma demande plus de 31 jours suivant la fin du régime similaire.

**Je peux fournir, sur demande, une copie de l'attestation d'assurance du régime similaire. Je certifie que les renseignements fournis sont complets et véridiques.**

Signature de l'adhérent

Signature du responsable chez l'employeur

Date

**B - DEMANDE DE PARTICIPATION SUITE À UNE FIN D'EXEMPTION**

Date à compter de laquelle il m'est devenu impossible de continuer à être assuré par le régime ayant justifié une exemption :

AAAA MM JJ

--	--	--

Raison de la terminaison de l'assurance en question : \_\_\_\_\_

Je demande à participer de nouveau à l'assurance en raison du fait que j'ai cessé d'être assuré en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des garanties similaires.

**Je peux fournir, sur demande, une preuve attestant qu'il m'est devenu impossible de continuer à être assuré en vertu du régime similaire. Je certifie que les renseignements fournis sont complets et véridiques.**

Signature de l'adhérent

Signature du responsable chez l'employeur

Date

**Veuillez retourner l'original à Desjardins Assurances et remettre une copie à l'adhérent.**