

## 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			
<input type="checkbox"/> Régime de mon conjoint : nom et prénom _____ <input type="checkbox"/> 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 AA      MM      JJ
Je déclare ce qui suit : Les garanties du régime d'assurance collective souscrit par mon employeur auprès de Desjardins Sécurité financière 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, <b>je renonce à la (aux) garantie(s) suivante(s) :</b>			
<b>ADHÉRENT ET PERSONNE(S) À CHARGE</b> <input type="checkbox"/> Régime qui inclut l'assurance médicaments <input type="checkbox"/> Régime de soins complémentaires <input type="checkbox"/> 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.			
<b>Je joins à cette demande d'exemption une copie de l'attestation d'assurance du régime similaire. Je certifie que les renseignements fournis sont complets et véridiques.</b>			
_____	_____	_____	_____
<b>Signature de l'adhérent</b>	<b>Signature du responsable chez l'employeur</b>	<b>Date</b>	

**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 :	AA      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.		
<b>Je joins à cette demande de participation 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.</b>		
_____	_____	_____
<b>Signature de l'adhérent</b>	<b>Signature du responsable chez l'employeur</b>	<b>Date</b>