Desjardins Assurances
Vie • Santé • Retraite

C. P. 3000
Lévis (Québec) G6V 9X8
desjardinsassurancevie.com/adherent
Tél. : 1 800 463-7843

ASSURANCE COLLECTIVE – ADMINISTRATION DES CONTRATS

DEMANDE D'EXEMPTION OU 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

Date de l'événement de vie
AAAA MM JJ

Raison de la demande ou événement de vie : _____

☐ 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 de santé 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

AAAA MM JJ

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

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**

RETOURNER UNE COPIE À VOTRE EMPLOYEUR ET CONSERVER L'ORIGINAL POUR VOS DOSSIERS.

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

IMPRIMER RÉINITIALISER