

A - DEMANDE D'EXEMPTION
B - DEMANDE DE PARTICIPATION
SUITE À UNE FIN D'EXEMPTION
CONTRAT N005

IDENTIFICATION DE LA RESPONSABLE DE SERVICES DE GARDE EN MILIEU FAMILIAL

Cette section doit toujours être remplie.

Nom du bureau coordonnateur	Numéro de compte
Nom Prénom	Numéro d'identification

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 AAAA MM JJ
<p>Je déclare ce qui suit :</p> <p>Les garanties du régime d'assurance collective souscrit par la CSQ auprès de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie m'ont été offertes et m'ont été expliquées en détail. Étant déjà couverte par des garanties similaires en vertu du régime d'assurance collective indiqué ci-dessus, je renonce à la garantie suivante :</p> <p style="text-align: center;">ADHÉRENTE ET PERSONNE(S) À CHARGE</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Régime qui inclut l'assurance médicaments</p> <p>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 assurée en vertu de ce régime. Je comprends également que je pourrais être tenue 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.</p> <p>Je joins au présent formulaire une copie de l'attestation d'assurance du régime similaire. Je certifie que les renseignements fournis sont complets et véridiques.</p>			
Signature de l'adhérente		Date	

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

Veillez remplir le formulaire Demande d'adhésion ou de modifications (n° 10209F) et le joindre au présent formulaire.

Date à compter de laquelle il m'est devenu impossible de continuer à être assurée 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 assurée en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des garanties similaires.			
Je joins au présent formulaire une preuve attestant qu'il m'est devenu impossible de continuer à être assurée en vertu du régime similaire. Je certifie que les renseignements fournis sont complets et véridiques.			
Signature de l'adhérente		Date	

Veillez retourner l'original à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie et conserver une copie pour vos dossiers.

DOCUMENTS EXPÉDIÉS LE	AAAA	MM	JJ
--------------------------	------	----	----