



A – DEMANDE D'EXEMPTION

B – DEMANDE DE PARTICIPATION
(SUITE À UNE FIN D'EXEMPTION)

GROUPE	DIVISION	CLASSE
NOM DE L'EMPLOYÉ ET PRÉNOM	CERTIFICAT	

RÉGIME COMPARABLE CONJOINT AUTRE, SPÉCIFIER _____

NOM ET PRÉNOM DU CONJOINT		
NOM DE L'EMPLOYEUR		
NOM DE L'ASSUREUR	NUMÉRO DE CONTRAT	NUMÉRO DE CERTIFICAT

A – DEMANDE D'EXEMPTION

Je déclare ce qui suit :

- Les garanties du régime d'assurance collective souscrit par mon employeur auprès de L'Union-Vie m'ont été offertes
- Les garanties de ce régime m'ont été expliquées en détail. Étant déjà couvert par des garanties comparables en vertu d'un autre régime d'assurance collective, je renonce aux garanties cochées ci-après :

ADHÉRENT ET PERSONNE (S) À CHARGE

Assurance maladie Assurance dentaire

- 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 JOINS À CETTE DEMANDE D'EXEMPTION UNE COPIE DE L'ATTESTATION D'ASSURANCE DU RÉGIME COMPARABLE. JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS CI-DESSUS SONT COMPLETS ET VÉRIDIQUES.

_____ X _____ X _____
DATE DE LA DEMANDE **SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ** **SIGNATURE DE L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME**

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 un régime comparable

_____	_____	_____
Jour	Mois	Année
- Raison de la terminaison de l'assurance en question _____
- Je demande à participer 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 comparables.

JE JOINS À CETTE DEMANDE DE PARTICIPATION UNE PREUVE ATTESTANT QU'IL M'EST DEVENU IMPOSSIBLE DE CONTINUER À ÊTRE ASSURÉ. JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS CI-DESSUS SONT COMPLETS ET VÉRIDIQUES.

_____ X _____ X _____
DATE DE LA DEMANDE **SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ** **SIGNATURE DE L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME**