

1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom - Prénom			
Numéro		Rue	
Ville		Province	Code postal
N° de téléphone à la résidence	Autre n° de téléphone s'il y a lieu	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance A M J
Numéro de groupe		Numéro de certificat s'il y a lieu	

2 DEMANDE DU DROIT D'EXEMPTION (voir note 1)

EN VERTU D'UN CONTRAT EN VIGUEUR AUPRÈS DE SSQ

EN VERTU D'UN CONTRAT EN VIGUEUR AUPRÈS D'UN AUTRE ASSUREUR

Nom de la personne permettant
à la personne adhérente d'être assurée :

Nom de la personne permettant
à la personne adhérente d'être assurée :

Lien de parenté :

Lien de parenté :

Numéro de certificat :

Assureur du contrat en question :

Numéro de certificat :

Par la présente, je refuse d'adhérer ou je désire cesser de participer au régime d'assurance maladie ASSUREQ en raison du fait que je suis protégé(e) en vertu d'un autre régime collectif d'assurance comportant des prestations similaires.

Je comprends que je pourrai réintégrer le régime d'assurance maladie ASSUREQ si je cesse d'être protégé(e) en vertu d'un autre régime collectif d'assurance à la condition d'en faire la demande par écrit à SSQ dans les 90 jours qui suivent la fin de sa protection.

SIGNATURE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

année	mois	jour
DATE DE LA DEMANDE		
année	mois	jour
DATE DE RÉCEPTION PAR SSQ		

3 DEMANDE DE TERMINAISON DU DROIT D'EXEMPTION (voir note 2)

Date à compter de laquelle je ne suis plus assuré(e) en vertu d'un autre régime collectif d'assurance :

année	mois	jour
-------	------	------

Raison de la terminaison de l'assurance en question :

Nom de la personne par qui l'assurance était accessible :

Lien de parenté :

Assureur du contrat :

Numéro de certificat :

Par la présente, je demande à participer au régime d'assurance maladie ASSUREQ en raison du fait que j'ai cessé d'être protégé(e) en vertu d'un autre régime collectif d'assurance comportant des prestations similaires.

Je certifie que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets.

SIGNATURE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

année	mois	jour
DATE DE LA DEMANDE		
année	mois	jour
DATE DE RÉCEPTION PAR SSQ		

Note 1 : La personne adhérente qui désire bénéficier du droit d'exemption doit remplir ce formulaire et le retourner à SSQ dans les 90 jours qui suivent la date de son admissibilité à un autre régime collectif d'assurance. Ce droit d'exemption prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande par SSQ.

Note 2 : La personne adhérente qui cesse d'être protégée en vertu d'un autre régime collectif d'assurance peut réintégrer le régime d'assurance maladie ASSUREQ en remplissant ce formulaire et le retournant à SSQ dans les 90 jours qui suivent la fin de sa protection. La protection en vertu du présent régime prend alors effet à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.