

EXEMPTION DU PRÉLÈVEMENT PAR L'EMPLOYEUR DE LA PRIME AFFÉRENTE AUX GARANTIES DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS¹

**Pour les employés couverts par un autre contrat d'assurance collective ou
d'avantages sociaux que celui offert par leur employeur**

Moi, _____, domicilié__ au _____,
employé__ de _____, déclare ce qui suit :

- Je déclare être bénéficiaire de garanties, au moins égales à celles du régime général d'assurance médicaments, offertes par le contrat d'assurance collective ou le régime d'avantages sociaux de mon conjoint , de ma mère ou de mon père , de mon association ou de mon ordre professionnel auprès de l'assureur _____.
- Je m'engage à aviser immédiatement mon employeur s'il advenait que je ne sois plus couvert__ par ce contrat ou ce régime.
- Je m'engage à fournir toutes les autorisations nécessaires dans l'éventualité d'une vérification par mon employeur des renseignements déclarés dans ce document.
- Je déclare que tous les renseignements me concernant sur ce formulaire sont exacts et complets. Je demande donc de bénéficier de l'exemption du prélèvement par mon employeur de la prime mentionnée en titre.

Signature _____

Date _____

¹ En vertu de l'article 44.1 de la *Loi sur l'assurance médicaments*, L.R.Q., c. A-29.01.