

## DEMANDE D'EXEMPTION AU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

### PERSONNEL D'ENCADREMENT DES SECTEURS PUBLIC ET PARAPUBLIC DU QUÉBEC SSQ (GROUPE YZ)

#### DEMANDE D'EXEMPTION EFFECTUÉE AU MOMENT DE L'ADHÉSION :

- A. Complétez le formulaire d'adhésion ou de modification
1. Cochez « DEMANDE D'ADHÉSION », à droite dans le haut du formulaire
  2. Dans la section 2, cochez « EXEMPTION » à la ligne « 2.1 RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE » (colonne 2A – Adhésion, case 2.A.4)
  3. Dans la section 7, signez et datez votre formulaire
- B. Complétez la partie inférieure du présent document

#### DEMANDE D'EXEMPTION EFFECTUÉE À UN AUTRE MOMENT :

- A. Complétez le formulaire d'adhésion ou de modification
1. Cochez « DEMANDE DE CHANGEMENT », à droite dans le haut du formulaire
  2. Dans la section 2, cochez « EXEMPTION » à la ligne « 2.1 RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE » (colonne 2C- Changement, case 2.C.R.4)
  3. Dans la section 7, signez et datez votre formulaire
- B. Complétez la partie inférieure du présent document

**DEMANDE D'EXEMPTION DU PRÉLÈVEMENT PAR L'EMPLOYEUR DE LA PRIME AFFÉRENTE  
AUX GARANTIES DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS  
(pour les employés couverts par un autre contrat d'assurance collective ou  
d'avantages sociaux que celui offert par leur employeur)**

Je, \_\_\_\_\_, domicilié(e) au \_\_\_\_\_  
(nom) (n° civique, rue, municipalité)

employé(e) de \_\_\_\_\_, déclare ce qui suit :  
(nom du ministère ou de l'organisme)

Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

• Je déclare être bénéficiaire de garanties égales ou supérieures à celles du régime général d'assurance médicaments. Celles-ci sont 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  
 autre régime

auprès de l'assureur \_\_\_\_\_.  
(nom de l'assureur)

No de contrat : \_\_\_\_\_ No d'identification : \_\_\_\_\_

Raison de la modification : \_\_\_\_\_ Date de début de l'assurance similaire : \_\_\_\_\_

• 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

**TRANSMETTEZ-NOUS CE DOCUMENT AINSI QUE VOTRE FORMULAIRE  
PAR COURRIEL À L'ADRESSE SUIVANTE : [assurances@cspq.gouv.qc.ca](mailto:assurances@cspq.gouv.qc.ca)**