

EXEMPTION DU PRÉLÈVEMENT PAR L'EMPLOYEUR DE LA PRIME AFFÉRENTE AUX GARANTIES DE SOINS MÉDICAUX ET DE SOINS DENTAIRES
(pour les employés couverts par un autre contrat d'assurance collective ou d'avantages sociaux que celui offert par le Groupe Filgo-Sonic)

Moi, _____, employé n° _____ du Groupe Filgo-Sonic, domicilié (e) au _____, déclare ce qui suit :

Veillez cocher l'exemption ou les exemptions applicable (s)

Soins médicaux

Je déclare être bénéficiaire d'une **assurance médicaments** offerte par le contrat d'assurance collective ou le régime d'avantages sociaux de :

- mon conjoint
- ma mère ou de mon père
- mon association ou de mon ordre professionnel

auprès de l'assureur suivant :

Nom de l'assureur

N° de police d'assurance

Soins dentaires

Je déclare être bénéficiaire d'une assurance pour **soins dentaires** offerte par le contrat d'assurance collective ou le régime d'avantages sociaux de :

- mon conjoint
- ma mère ou de mon père
- mon association ou de mon ordre professionnel

auprès de l'assureur suivant :

Nom de l'assureur

N° de police d'assurance

SVP, veuillez fournir une des preuves d'assurance suivante :

- une photocopie de votre carte d'assurance collective ;
- un formulaire rempli par l'employeur de votre conjoint ou une lettre officielle de cet employeur, sur papier à en-tête de l'entreprise ou de l'organisme ;
- une lettre ou un certificat d'un autre employeur, de l'association ou de l'ordre professionnel dont vous êtes membre.

Je m'engage à aviser immédiatement mon employeur s'il advenait que je ne sois plus couvert (e) par ces contrats ou ces régimes.

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 : _____