

## Formulaire de demande d'exclusion de l'assurance

### Section 1 : Renseignements sur la convention

Numéro(s) de convention(s):

\_\_\_\_\_

Nom de l'étudiant :

\_\_\_\_\_

Numéro(s) de convention(s):

\_\_\_\_\_

Nom de l'étudiant :

\_\_\_\_\_

### Section 2 : Renseignements sur le souscripteur

Nom du souscripteur:

\_\_\_\_\_ (M./Mme/Mlle) Prénom

\_\_\_\_\_ Nom de famille

Nom du cosouscripteur:

(le cas échéant)

\_\_\_\_\_ (M./Mme/Mlle) Prénom

\_\_\_\_\_ Nom de famille

### Section 3 : Demande d'exclusion de la couverture d'assurance vie et invalidité

Description des avantages à exclure: (1) Assurance vie : Si vous ou votre cosouscripteur décédez avant l'âge de 65 ans, l'indemnité est constituée du total de tous les dépôts qui deviendraient dus après la date de votre décès, en vertu de votre barème de dépôts. (2) Assurance invalidité : Si vous devenez invalide avant l'âge de 65 ans, au terme d'un délai de carence de 12 mois, l'indemnité est constituée du total des dépôts qui deviendraient dus durant votre période d'invalidité.

Nota : Dans le cas d'une couverture conjointe, l'indemnité de la police d'assurance sera versée advenant le décès ou l'invalidité du premier d'entre vous.

### Section 4: Date de prise d'effet

L'exclusion de la couverture d'assurance vie et invalidité collective (« Assurance ») prendra effet dès la prochaine date de dépôt suivant le traitement de ce Formulaire de demande d'exclusion de l'assurance. La convention continuera à être couverte par l'assurance, et les primes d'assurance seront déduites jusqu'à ce moment-là.

### Section 5: Reconnaissances

Je demande/nous demandons de cesser la couverture d'assurance pour la (les) convention(s) susmentionnée(s) à compter de la Date de prise d'effet indiquée à la Section 4. Je reconnais/nous reconnaissons qu'en demandant l'exclusion de l'assurance, je n'aurai/nous n'auront pas le droit de soumettre de réclamation d'assurance pour la (les) convention(s) indiquées à la Section 1. De plus, je reconnais/nous reconnaissons que bien que les primes d'assurance ne seront plus déduites, après la Date de prise d'effet, les primes d'assurance qui ont été prélevées avant cette date ne seront pas remboursées.

\_\_\_\_\_  
Signature du souscripteur

\_\_\_\_\_  
Signature du cosouscripteur

\_\_\_\_\_  
Date (aaaammjj)

\_\_\_\_\_  
Date (aaaammjj)