

# Formulaire d'exemption

**VEUILLEZ REMPLIR TOUS LES CHAMPS EN ROUGE.**

Seuls les formulaires complètement remplis seront acceptés. La portion assurance-vie est applicable à tou.te.s.



La corporation des  
**thérapeutes du sport**  
du Québec

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

**Nom du groupe :** Corporation des thérapeutes du sport du Québec

**Contrat :** 13AN0 **Fonction de l'assuré.e :** Thérapeute du sport agréé.e

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ.E (à compléter par le thérapeute du sport agréé(e) en caractères d'imprimerie)

**Nom de famille :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** AAAA / MM / JJ **Genre identifié :**  Féminin  Masculin

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Ville :** \_\_\_\_\_ **Province :** QC **Code postal :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_ **Courriel :** \_\_\_\_\_

**Langue :**  Français  Anglais **Fumeur :** Oui Non

**État civil :**  Célibataire  Marié.e  Séparé.e  Veuf.ve  Divorcé.e

Conjoint.e de fait **Début de la cohabitation (si conjoint de fait) :** AAAA / MM / JJ

## INFORMATION SUR VOTRE PROTECTION

**Fournisseur :**  Employeur  Conjoint.e  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Compagnie d'assurance :** \_\_\_\_\_ **Date d'entrée en vigueur du contrat :** AAAA / MM / JJ

**Contrat d'assurance :** \_\_\_\_\_

Fournissez une preuve de votre couverture (copie du contrat/carte de bénéficiaire, lettre d'attestation, etc.)

## ASSURANCE-VIE

**Avez-vous des personnes à charges (conjoint.e, enfants)?**  Oui  Non

Si vous avez répondu oui, remplir la section suivante

	Nom	Prénom	Genre identifié	Date de naissance	Étudiant.e à temps plein*	Handicapé.e
Conjoint.e				AAAA / MM / JJ		<input type="checkbox"/>
Enfant				AAAA / MM / JJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant				AAAA / MM / JJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant				AAAA / MM / JJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*entre 21 et 25 ans : fournir preuve de scolarité

## BÉNÉFICIAIRE(S)

Veillez fournir au moins un bénéficiaire pour votre assurance-vie

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Pourcentage	Désignation
		AAAA / MM / JJ		%	<input checked="" type="checkbox"/> révocable
		AAAA / MM / JJ		%	<input checked="" type="checkbox"/> révocable
		AAAA / MM / JJ		%	<input checked="" type="checkbox"/> révocable

**Total : 100 %**

Je confirme, par ma signature, que tous les renseignements fournis sont exacts

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** AAAA / MM / JJ

J'accepte par les présentes, les dispositions de la police et je m'engage à payer les primes selon les règles en vigueur au sein de la CTSQ. J'autorise la CTSQ, le titulaire du contrat et l'assureur ou ses réassureurs ainsi que leurs représentants et mandataires à fournir, à recevoir et à échanger entre eux tout renseignement personnel relatif au traitement de mon dossier (admissibilité et/ou assurabilité) en vertu du régime et à celles de mes personnes à charge, le cas échéant. En cas de décès, j'autorise expressément le preneur, la CTSQ, le bénéficiaire, l'héritier, le liquidateur de ma succession ou le courtier, à fournir à l'assureur, à la demande de celui-ci, tous les renseignements ou autorisations permettant l'étude de la demande d'indemnisation et l'obtention de pièces justificatives. Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, prolongation ou renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original si elle est utilisée aux fins d'échange de renseignements.