



DEMANDE DE SUSPENSION VOLONTAIRE DE PARTICIPATION

CONTRAT N° N005

IDENTIFICATION DE LA RESPONSABLE DE SERVICES DE GARDE EN MILIEU FAMILIAL

Nom du bureau coordonnateur		Numéro de compte
Nom	Prénom	Numéro d'identification

J'ai pris connaissance des protections dont je bénéficie en vertu du régime d'assurance collective souscrit par la CSQ auprès de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances, et de tous les avantages que ce régime me procure.

Je confirme que je réponds à tous les critères énumérés ci-dessous et que je désire suspendre volontairement l'ensemble de mes garanties pour une période d'un an.

- Je confirme que, dans les six semaines précédant la présente demande, trois enfants ou moins ont fréquenté mon service de garde.
- Je joins à ma demande la reconnaissance du bureau coordonnateur confirmant le nombre de places accordé à mon service de garde.
- Je joins à ma demande les bordereaux de paiement de la subvention des six dernières semaines.

Je comprends que l'ensemble de mes garanties seront suspendues pour une période d'un an. Je comprends également que pour obtenir une nouvelle période de suspension consécutive à celle obtenue suite à la présente demande, je devrai fournir de nouvelles pièces justificatives.

Je certifie que tous les renseignements fournis sont complets et véridiques.

Signature de l'adhérente

Date

Votre protection prendra fin le premier jour du mois qui suit la réception de votre demande, sous réserve de la réception et de la conformité des pièces justificatives demandées.

Veillez retourner l'original à Desjardins Assurances et conserver une copie pour vos dossiers.