

**EXONÉRATION DE PRIMES EN CAS DE MISE A PIED/ LAY-OFF WAIVER OF PREMIUM CLAIM FORM**

Si employé dans le même secteur industriel de façon régulière depuis 12 mois consécutifs, vous pouvez bénéficier d'une exonération de prime. L'exonération de prime en cas de mise à pied est en vigueur quand la personne assurée fait l'objet d'une mise à pied conditionnelle et recherche activement un emploi. Une mise à pied conditionnelle réfère à une cessation d'emploi suite à l'annonce d'une réduction de la main-d'oeuvre, touchant un minimum de 10 personnes, pour des raisons économiques. Si ce formulaire est retourné dans les 60 jours de la date de la mise à pied, la prime mensuelle sera exonérée pour chaque mois complet subséquent pendant lequel la personne assurée est en chômage suite à cette mise à pied. Cet avantage s'applique pour un maximum de trois mois.

*If you have been regularly employed within the same industry for 12 consecutive months and are laid off, you may qualify for lay-off waiver of premium. Lay-off Waiver of Premium provides for waiver of premiums while the insured is on qualified lay-off and is actively seeking work. Qualified lay-off is the termination of employment in an announced reduction of force due to economic reasons affecting at least 10 persons. If this application is returned within 60 days after date of lay-off, one month's premium will be waived for each full month thereafter the insured is unemployed as a result of such lay-off. The maximum benefit period is 3 months.*

L'exonération s'applique aux seules polices en vigueur pendant les 60 jours précédant la mise à pied. Dans les cas où l'exonération de prime s'applique à la police d'une personne assurée qui est mise à pied, l'exonération s'applique également à toute autre police autrement en vigueur où la personne assurée est la conjointe ou le conjoint de la personne mise à pied.

*Waiver will only apply to policies which were in force for 60 days prior to the start date of the lay-off. If the premium is being waived on a policy on which the laid-off employee is the insured, waiver will also apply to otherwise qualifying policies on which the laid-off employee's spouse is the insured.*

Veuillez faire signer le présent formulaire par l'employeur ou par une ou un responsable syndical et le faire parvenir à L'Américaine, Compagnie D'Assurance-Vie Et Revenu.

*Send this application to American Income. This form must be signed by the employer or union officer.*

Personne assurée/Insured \_\_\_\_\_ Numéro de Police/Policy Number \_\_\_\_\_

Conjoint(e) assuré(e)/Insured Spouse \_\_\_\_\_ Numéro de police/Policy Number \_\_\_\_\_

Adresse/Address \_\_\_\_\_ Téléphone/Telephone \_\_\_\_\_

Profession/Occupation \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur/Employer Name \_\_\_\_\_ Téléphone/Telephone \_\_\_\_\_

Syndicat et section locale/Union & Local No. \_\_\_\_\_ Téléphone/Telephone \_\_\_\_\_

Date à laquelle vous avez été mis(e) à pied/Date you quit work due to lay-off Mois/Month \_\_\_\_\_ Jour/Day \_\_\_\_\_ Année/Year \_\_\_\_\_

Êtes-vous présentement au travail/Are you now employed? Oui/Yes  Non/No

Date à laquelle vous êtes retourné(e) au travail/Date you returned to work? Mois/Month \_\_\_\_\_ Jour/Day \_\_\_\_\_ Année/Year \_\_\_\_\_

Dated \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_ Signature de la personne assurée/Signature of Policyholder

**DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR OU DE LA U DU RESPONSABLE SYNDICAL  
CERTIFICATION BY EMPLOYER OR UNION REPRESENTATIVE**

La personne dont le nom apparaît ci-dessus a été mise à pied le \_\_\_\_\_  
*The above person was laid off on \_\_\_\_\_ (Date)*

et n'est pas au travail présentement.  
*and is unemployed at this time.*

Dated \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

Signature de l ou du représentant  
de l'employeur ou du syndicat  
*Signature of Representative of the  
Employer or Union Local Officer*

Titre/Title

