

EXONÉRATION DE PRIMES EN CAS DE GREVE/STRIKE WAIVER OF PREMIUM CLAIM FORM

L'exonération de primes s'applique quand la personne assurée est en grève autorisée et est ainsi empêchée d'exercer sa profession. Si la grève dure moins d'un mois, l'exonération est égale au montant de la prime mensuelle. L'exonération est en vigueur pour un maximum de 12 mois.

Strike Waiver provides for waiver of premiums while the insured is on authorized strike and thereby prevented from engaging in his usual occupation. One month of premium is waived for each month of the strike. If the strike lasts less than a month, one month of premium will be waived. The maximum waiver is 12 months.

L'exonération s'applique aux seules polices en vigueur pendant les 90 jours précédant la grève. Dans les cas où l'exonération de prime s'applique à la police d'une personne assurée qui est membre du syndicat en grève, l'exonération s'applique également à toute autre police autrement en vigueur où la personne assurée est la conjointe ou le conjoint du ou de la membre du syndicat.

Waiver will only apply to policies which were in force for 90 days prior to the strike. If the premium is being waived on a policy on which the striking union member is the insured, waiver will also apply to otherwise qualifying policies on which the union member's spouse is the insured.

Compléter le formulaire ci-bas et le faire parvenir à la compagnie à l'adresse prévue ci-haut. Le formulaire doit être signé par une ou un responsable syndical autorisé.

Complete the form below and send it to the Company at the above address. The form must be signed by an authorized union official.

Membre/Member _____ Numéro(s) de police/Policy Number(s) _____

Conjoint(e) assuré(e)/ Insured Spouse _____ Numéro(s) de police/Policy Number(s) _____

Adresse/Address _____ Téléphone/Telephone _____

Profession/Occupation _____ Employeur/Employer _____

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

A quelle date avez-vous quitté le travail pour cause de grève/On what date did you quit work due to a strike?

Mois/Month _____ Jour/Day _____ Année/Year _____

Êtes-vous présentement au travail/Are you currently working? Oui/Yes 0 Non/No 0

Si oui, quand y êtes-vous retourné/If so, on what date did you return to work?

Mois/Month _____ Jour/Day _____ Année/Year _____

Dated _____ X _____
Date _____ Signature de la personne assurée/ Signature of Policyholder

ATTESTATION D'UNE OU D'UN RESPONSABLE SYNDICAL/CERTIFICATION BY UNION OFFICIAL

J'atteste par la présente que la ou le membre syndical mentionné ci-haut n'a pu travailler à partir du
This is to certify that the above Union member was prevented from working from

_____ jusqu'au _____ en raison d'une grève officielle dûment autorisée.
to _____ because of duly authorized strike.

Dated _____ X _____
Date _____ Signature d'une ou d'un responsable de la section _____ Titre/Title
locale du syndicat
Signature of Union Local Officer

