



RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DES  
CHAMBRES DE COMMERCE®

---

## RENONCIATION À L'ASSURANCE COLLECTIVE

Moi, \_\_\_\_\_, j'ai eu la possibilité de participer au régime d'avantages sociaux des  
(nom)

employés offert par mon employeur. Je comprends les avantages sociaux offerts et ne souhaite pas m'inscrire au régime.

Je comprends qu'en refusant ces avantages sociaux mes héritiers ou mes bénéficiaires ainsi que moi-même ne pouvons réclamer de prestations, maintenant ou dans l'avenir, en vertu du régime. Je dégage mon employeur, mes représentants et mes assureurs de toute responsabilité quant à toute réclamation future.

Je comprends également que, si je souhaite participer au régime d'avantages sociaux des employés à une date ultérieure, je devrai auparavant obtenir l'approbation de l'assureur. Je pourrai ensuite être tenu(e) de fournir une preuve de mon état de bonne santé ou de celle des personnes à ma charge. Si ma participation au régime est acceptée, les frais dentaires seront couverts jusqu'à concurrence de 250 \$ pendant les 12 premiers mois de protection pour moi-même et mes personnes à charge.

Signée à \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.  
ville province jour mois année

\_\_\_\_\_  
Nom de l'entreprise

\_\_\_\_\_  
Numéro d'entreprise

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employé(e)

\_\_\_\_\_  
Témoïn

\_\_\_\_\_  
Signature du conjoint (au besoin)

\_\_\_\_\_  
Témoïn