

Renonciation à l'assurance Assurance collective

Directives

Section 1 – Renseignements généraux

Section 2 – Attestation et autorisation

Veillez écrire en caractères d'imprimerie.

1 Renseignements généraux	Numéro(s) de contrat	Numéro(s) de compte/division	Division de facturation (s'il y a lieu)	Numéro de certificat du participant
	Nom du promoteur de régime			
	Nom de l'employeur (s'il ne s'agit pas du promoteur de régime)			
	Prénom et nom du participant au régime			
Commentaires	 			
2 Attestation et autorisation	<p>VOUS POUVEZ RENONCER À L'ASSURANCE SEULEMENT SI VOUS N'ÊTES PAS TENU DE PARTICIPER AU RÉGIME.</p> <p>Je déclare avoir eu la possibilité de participer au régime d'avantages sociaux offert par le promoteur de régime en vertu d'un contrat établi, ou devant être établi, par la Financière Manuvie et avoir reçu des explications sur les garanties du régime. Après mûre réflexion, j'ai décidé de ne pas adhérer à ce régime d'assurance.</p> <p>Je reconnais que si je désire présenter une demande d'adhésion à une date ultérieure, je devrai le faire par écrit et fournir à la Financière Manuvie, à mes frais, une preuve d'assurabilité pour moi-même et pour mes personnes à charge admissibles. Toutefois, la Financière Manuvie se réserve le droit de refuser ma demande d'adhésion. Si ma demande est acceptée, les prestations versées au titre de la garantie Soins dentaires, s'il y a lieu, seront limitées au cours des douze premiers mois.</p>			
	Signature du participant		Date (jj/mmmm/aaaa)	
3 Directives d'envoi	Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante : Administration – Participants au régime Financière Manuvie P.O. Box 2026 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2Z1			