

Renonciation à l'augmentation de la protection

Nom de l'entreprise _____ Numéro d'entreprise _____

Nom de l'employé _____ Numéro de certificat _____

Mon employeur m'a avisé qu'en présentant le formulaire intitulé *Déclaration de santé* dûment rempli à l'administrateur du Régime d'assurance collective des chambres de commerce^{MC}, je pourrais devenir admissible à des garanties supplémentaires aux termes de ce régime. Les formulaires nécessaires m'ont été remis et la responsabilité de remplir et de présenter dans le délai prévu ces formulaires à l'administrateur du Régime d'assurance collective des chambres de commerce pour analyse m'incombe.

Je comprends qu'en refusant ces garanties supplémentaires mes héritiers ou mes bénéficiaires ainsi que moi-même ne pouvons réclamer des prestations maintenant ou à l'avenir, les garanties, qui m'auront peut-être été accordées aux termes du régime.

Signé à _____, _____ ce _____ jour de _____ 20____
Ville Province Jour Mois Année

Signature de l'employé

Nom de l'employé en lettres moulées