

## Renonciation à l'augmentation de la protection

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_ Numéro d'entreprise \_\_\_\_\_

Nom de la personne employée \_\_\_\_\_ Numéro de certificat \_\_\_\_\_

Mon employeur ou employeuse m'a avisé qu'en présentant le formulaire intitulé *Déclaration de santé* dûment rempli à l'entité administratrice du Régime d'assurance collective des chambres de commerce<sup>MC</sup>, 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'entité administratrice du Régime d'assurance collective des chambres de commerce pour analyse m'incombe.

Je comprends qu'en refusant ces garanties supplémentaires, mes héritières et 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 la personne employée

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne employée (Veuillez écrire en caractères d'imprimerie.)