

Demande de résiliation de la protection de l'entreprise

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

Nom _____ Numéro d'entreprise _____

Date d'expiration (AAAA/MM/JJ) _____

Raison _____

L'entreprise participante peut mettre fin à son assurance à partir du premier jour de tout mois, tel qu'il est indiqué dans le contrat-cadre et le guide relatif à l'administration, moyennant un préavis écrit de 30 jours à cet effet remis à l'administrateur du Régime.

AUTORISATION (LA PRÉSENTE AUTORISATION DOIT ÊTRE SIGNÉE PAR LE PROPRIÉTAIRE OU LE SIGNATAIRE AUTORISÉ.)

Signature officielle autorisée _____

_____ Date _____

Prière d'écrire votre nom et votre titre.

AAAA/MM/JJ

**Nous vous prions de retourner ce formulaire dûment rempli et signé à notre bureau.
Régime d'assurance collective des chambres de commerce^{MC}
1051, rue King Edward
Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4
Télécopieur : 204 774-6698 ou 1 800 457-8410
Courriel : chambers@johnstongroup.ca**