

## Renonciation au régime d'avantages sociaux

(Ne s'applique pas au Québec.)

Moi, \_\_\_\_\_, j'ai eu la possibilité de participer au régime d'avantages sociaux offert par mon employeur ou employeuse. Je comprends les avantages sociaux offerts et ne souhaite pas m'inscrire au régime.

(Nom complet)

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

Je comprends également que, si je souhaite participer au régime d'avantages sociaux du personnel à une date ultérieure, je devrai auparavant obtenir l'approbation de la compagnie d'assurance. Je pourrai ensuite être tenu 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 \$ par personne pendant les 12 premiers mois de protection.

Signé à \_\_\_\_\_, ( \_\_\_\_\_ ), ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Ville

Province

Jour

Mois

Année

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

\_\_\_\_\_  
Numéro d'entreprise

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne employée

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employeur ou employeuse