

Renonciation à la transformation de l'assurance vie collective et de l'assurance mort ou mutilation par accident (MMA)

Moi, _____, je comprends que j'ai la possibilité de transformer le montant
(Nom complet)
de mon assurance vie et mon assurance mort ou mutilation par accident en une police individuelle, et ce, dans les 31 jours qui suivent la fin de mon emploi et sans avoir à fournir de preuve médicale de santé à la compagnie d'assurance. De plus, je comprends le contenu de cette offre de transformation et **ne souhaite pas** demander la garantie suivante :

- Assurance vie
- Assurance mort ou mutilation par accident

En outre, je comprends que tous les autres avantages offerts par l'assurance collective prennent fin au moment où je quitte mon emploi.

Je déclare que ni moi ni mes héritiers et héritières ou mes bénéficiaires ne pouvons réclamer des indemnités d'assurance une fois que j'aurai quitté mon emploi.

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

Signature de la personne employée

Témoïn

Signature de la conjointe ou du conjoint (au besoin)

Témoïn