

Renonciation à l'assurance Assurance collective

Directives

Section 1 – doit être remplie par l'administrateur du régime

Section 2 – Attestation et autorisation

Veillez écrire en caractères d'imprimerie.

1 Renseignements sur le promoteur du régime

Numéro(s) de contrat	Nom du promoteur de régime
Prénom et nom du participant au régime	
Nom de l'administrateur de régime	Numéro de téléphone de l'administrateur de régime ()
Adresse de courriel de l'administrateur de régime	
Signature de l'administrateur de régime	Date (jj/mmmm/aaaa)

Commentaires

2 Attestation et autorisation

VOUS POUVEZ RENONCER À L'ASSURANCE **SEULEMENT SI VOUS N'ÊTES PAS TENU DE PARTICIPER AU RÉGIME.**

Par la présente, j'atteste que la possibilité m'a été donnée d'adhérer à la couverture offerte par le promoteur de régime au titre du contrat d'assurance collective établi, ou devant être établi, par Manuvie. J'ai reçu des explications sur les garanties du régime et j'ai décidé de renoncer à la couverture pour moi-même et les personnes à ma charge admissibles (le cas échéant).

Je comprends que si je décide de présenter une demande d'adhésion à une date ultérieure, je pourrais devoir attendre que se produise un événement marquant me permettant d'adhérer à la couverture. Je comprends que je devrai alors présenter ma demande par écrit et que l'on pourra me demander de fournir à Manuvie, à mes frais, une preuve d'assurabilité pour moi-même et les personnes à ma charge admissibles (le cas échéant).

Je comprends également que Manuvie se réserve le droit de refuser ma demande d'adhésion. **Je reconnais** que si ma demande est acceptée, un plafond s'appliquera à la garantie Soins dentaires (s'il y a lieu) pour les douze premiers mois de couverture.

Veillez signer et dater ici.

Signature du participant	Date (jj/mmmm/aaaa)
--------------------------	---------------------

3 Directives d'envoi

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

**Administration – Participants au régime
Manuvie
C. P. 11006, succ. Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4T8**

Ouvrez une session à l'adresse www.manulife.ca/signin/fr et utilisez la fonction « **Envoi d'un fichier** » sur le site sécurisé à l'intention de l'administrateur de régime.