

Renonciation à l'assurance collective Solutions d'assurance collective (SAC)



Assurances

L'assurance collective auprès de la Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Assurances) doit être refusée intégralement (sauf comme il est indiqué ci-dessous).

Il n'est pas possible de renoncer uniquement à certaines garanties (sauf comme il est indiqué ci-dessous).

SECTION DE L'EMPLOYEUR (à remplir par l'employeur)

NOM DE L'EMPLOYEUR		N° DE LA POLICE RBC ASSURANCES	N° DE LA DIVISION DE FACTURATION	N° D'IDENT. DU MEMBRE DU RÉGIME
NOM DU MEMBRE DU RÉGIME			DATE DE NAISSANCE	
Nom de famille	Prénom	Initiale	JJ/MM/AAAA	

OPTION DE RENONCIATION (à remplir par l'employé)

Veuillez sélectionner l'une des options suivantes :

- Je comprends le régime d'assurance collective qui m'est offert, mais je souhaite renoncer à l'ensemble de la couverture qui m'est proposée, à moi et à mes personnes à charge, au titre de la police dont le numéro est indiqué ci-dessus. **Pour les résidents du Québec seulement : Je confirme que moi et mes personnes à charge bénéficions déjà d'une assurance médicaments dans le cadre du régime de mon conjoint ou d'un autre régime privé (veuillez fournir une preuve d'un autre régime d'assurance médicaments).**
- En raison de mes convictions et de mes pratiques religieuses, je souhaite renoncer intégralement à l'assurance vie collective qui m'est proposée, à moi et à mes personnes à charge (assurance vie collective de base, assurance vie collective des personnes à charge et assurance vie collective facultative s'il y a lieu), au titre de la police dont le numéro est.
- Province de Québec uniquement :** Je suis résident de la province de Québec. J'ai 65 ans et j'ai choisi d'obtenir l'assurance des médicaments d'ordonnance auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Je souhaite renoncer intégralement à l'assurance maladie complémentaire qui m'est proposée, à moi et à mes personnes à charge, au titre de la police dont le numéro est indiqué ci-dessus.

AUTORISATION ET DÉCLARATION (à lire et à signer par l'employé)

Il est entendu que si moi ou mes personnes à charge souhaitons présenter ultérieurement une demande pour bénéficier de la couverture à laquelle je renonce maintenant, je devrai présenter, ou mes personnes à ma charge devront présenter, une preuve d'assurabilité et payer les coûts supplémentaires associés à la présentation de ma demande. Je comprends que la couverture sera subordonnée à l'approbation de RBC Assurances.

La possibilité de refuser la couverture est subordonnée aux dispositions du contrat-cadre de la police d'assurance collective ci-dessus et à l'approbation de RBC Assurances.

Signature de l'employé :

Date (JJ/MM/AAAA)

Veuillez faire parvenir l'original de la formule dûment signée à RBC Assurances, et en conserver une copie pour vos dossiers.

Compagnie d'assurance vie RBC
PO Box 1600, 8677 Anchor Drive
Windsor (Ontario) N9A 0B3
1-855-264-2174
www.rbcassurances.com