



RBC Assurances®

FORMULAIRE DE REFUS DE GARANTIE

CP 1800 SUCC B, MISSISSAUGA ON L4Y 3W6 • 1-888-604-3434

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

Nom de l'employeur	Numéro(s) de police (s)	Div. de facturation	N° de catégorie
Profession / Titre	Début de l'emploi à temps plein JJ MM AAAA	Rémunération _____ \$ <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/> hebdo. <input type="checkbox"/> mens. <input type="checkbox"/> ann.	Nombre d'heures travaillées par semaine

SECTION DE L'EMPLOYÉ (À remplir par l'employé)

Nom de l'employé	Date de naissance JJ MM AAAA	Province de résidence
Nom de famille Prénom Initiale		Language <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme

Je comprends entièrement que je ne peux refuser que les garanties dont une partie de la prime est à ma charge et c'est en toute connaissance de cause que je refuse les garanties du régime facultatif de mon employeur indiquées ci-dessous :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Invalidité de courte durée | <input type="checkbox"/> Assurance vie de base |
| <input type="checkbox"/> Invalidité de longue durée | <input type="checkbox"/> Décès et mutilation accidentels |

Il est entendu que si moi-même et / ou les personnes à ma charge présentons ultérieurement une demande pour les garanties refusées par la présente, il me faudra, À MES PROPRES FRAIS, présenter pour moi-même et les personnes à ma charge une PREUVE D'ASSURABILITÉ que RBC Assurances juge acceptable avant de pouvoir être assuré.

Signature de l'employé

Date (jj/mm/aaaa)

83595 (03-2009)