

Formulaire de renonciation à la couverture santé et dentaire de l'entreprise

(Formulaire ayant une valeur juridique)

Merci d'écrire clairement

La signature du présent formulaire par l'employé(e) atteste qu'elle/il en a pris connaissance de manière éclairée, avec le conseil d'un avocat à ses propres frais. Par conséquent, l'employé(e) déclare avoir reçu un avis juridique indépendant et s'engage à produire à première demande, un avis juridique complet à son assureur et Beneplan Inc.

Employeur : _____ Nom de l'employé(e) : _____

Date de naissance : (yyyy/mm/dd) : _____

Adresse de l'employé(e) : _____

Numéro de téléphone de l'employé(e) : () _____

Adresse électronique de l'employé(e) : _____

Déclaration de l'employé(e) : (à cocher)

- ☐ Par la présente, je déclare être l'employé(e) mentionnée ci-dessus
- ☐ Je renonce à participer aux avantages suivants mis en place par mon employeur pour les employés de l'entreprise :
 - Assurance maladie complémentaire et assurance médicale majeure
 - Couverture des soins dentaires
 - Couverture des soins visuels
 - Assurance maladies graves
 - Soins paramédicaux
 - Assurance d'invalidité de longue durée
 - Indemnités hebdomadaires ou bénéfices d'invalidité de courte durée
 - Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident
 - Bénéfices de l'assurance-vie
 - Bénéfices de l'assurance-vie au profit des personnes à charge et/ ou du conjoint
- ☐ Je reconnais avoir reçu une information claire et détaillée des différents avantages susmentionnés
- ☐ Je comprends que la renonciation à ces avantages peut entraîner des difficultés financières pour moi-même et/ou pour les personnes à ma charge et/ou mes bénéficiaires
- ☐ En conséquence, toute demande ultérieure visant à bénéficier des avantages susmentionnés sera réputée tardive, et l'assureur pourra subordonner toute prise en charge à une évaluation médicale, laquelle pourrait aboutir à un refus.

Je signe ce formulaire de renonciation de plein gré, sans qu'aucune influence induite n'ait été exercée sur moi par quelque partie que ce soit.

Signature de l'employé(e): _____ Date: _____

Signature du conjoint : _____ Date: _____

Nom complet du conjoint : _____

Signature du témoin : _____ Date: _____

Nom complet du témoin : _____