

**Renseignements de l'employé***Inscrire en lettres moulées*

Nom de l'employé (prénom, initial, nom de famille)

Nom de l'entreprise

Raison pour le refus

**Certification et autorisation**

Prendre note que vous pouvez renoncer à l'assurance seulement si la participation au régime n'est pas obligatoire.

**J'ai eu l'occasion de participer à l'assurance maladie et dentaire offerte par mon employeur sous une police émise, ou à être émise, par HED Courtier en Assurance Inc. et les garanties applicables m'ont été expliquées. Après avoir bien réfléchi, j'ai décidé de ne pas me prévaloir de cette assurance.**

**Je comprends que si je désire obtenir cette garantie à une date ultérieure, je dois soumettre une demande par écrit et, à mes frais, fournir à HED des preuves d'assurabilité médicales pour moi-même et aussi mes personnes à charge. En plus, je comprends que moi et/ou mes personnes à charge peuvent se voir refuser cette assurance à ce moment là. Si la garantie est acceptée, l'assurance des soins dentaires (si applicable) sera limitée pendant les 12 premiers.**

J'atteste que toutes les déclarations, représentations et réponses contenues dans la présente demande sont véridiques, complètes et entières, qu'elles soient imprimées ou écrites à la main, et que l'assurance demandée est émise moyennant considération de celles-ci.

Chez HED Courtier en Assurance Inc., nous savons que la confidentialité des informations personnelles est très importante. Toutes les informations que vous nous transmettez seront conservées dans un dossier d'assurance collective. Les informations contenues au dossier ne seront accessibles que par :

- nos employés et représentants dans l'accomplissement de leur emploi;
- les personnes à qui vous en avez donné le droit par écrit;
- les personnes autorisées par la loi.

Sur demande, vous avez toujours le droit de consulter votre dossier et, si nécessaire, corriger toutes informations erronées.

HED Courtier en Assurance Inc. s'engage à respecter votre vie privée et à préserver la confidentialité des renseignements transmis, et ce, avec les meilleurs moyens dont elle dispose, afin de protéger les données personnelles vous concernant, ainsi que tous les renseignements ayant trait à vos activités professionnelles et financières qui se rapportent à l'un ou l'autre des dix principes de confidentialité prescrits par la Loi sur la protection des renseignements personnels et des documents électroniques ([www.privcom.gc.ca](http://www.privcom.gc.ca)). Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de l'engagement du groupe HED Courtier en Assurance Inc. envers la confidentialité et la sécurité des renseignements, veuillez visiter notre site web : [www.hedinc.com](http://www.hedinc.com).

Signature de l'employé

Date (jj/mm/aaaa)

Signature et titre de la personne responsable (employeur)

Date (jj/mm/aaaa)