

N° de groupe 0 0 8 0 0 0	N° d'employeur	N° d'identification
------------------------------------	----------------	---------------------

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom		Prénom		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	
N° rue, app.				Ville	
Province	Code Postal	Téléphone principal	Poste	Téléphone (autre)	Poste
Adresse courriel ¹				Note 1 : En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à mon assurance collective.	
Date prévue de la retraite : (Veuillez joindre une copie de la lettre)		(AAAA-MM-JJ)		Date de réception de l'avis écrit chez l'employeur (AAAA-MM-JJ):	
				(AAAA-MM-JJ)	

2. RENONCIATION

J'ai pris connaissance de la protection dont je bénéficie en vertu du régime unique obligatoire d'assurance traitement de longue durée et de tous les avantages que ce régime me procure. Je sais que l'adhésion à ce régime est obligatoire.

Je désire toutefois renoncer au régime unique obligatoire d'assurance traitement de longue durée étant donné que :

- Je suis déjà couvert par un régime collectif offrant une protection similaire d'assurance traitement.
Veuillez fournir la preuve de cette couverture d'assurance à votre employeur.
- Je participe au régime de retraite du RRE ou du RRF.
- J'ai signé une entente confirmant que je prendrai ma retraite dans moins d'un an, soit le : _____
Veuillez fournir une copie de l'entente signée à votre employeur. (AAAA-MM-JJ)
- Ma réserve de congés de maladie est suffisante pour me rendre à 64 ans, âge où la protection cesse automatiquement.
- J'ai accumulé 35 années de participation reconnues au RREGOP, en incluant ma réserve de congés de maladie et l'année d'assurance traitement de l'employeur.

Ma protection prendra fin à la date du début de la période de paie suivant la signature du présent formulaire, dans la mesure où l'Assureur est avisé avant ladite date.

Aucun remboursement rétroactif de primes ne sera accordé.

3. DÉCLARATION

Je reconnais avoir pris connaissance des renseignements mentionnés ci-dessus. Je reconnais également qu'en renonçant volontairement au régime unique obligatoire d'assurance traitement de longue durée, je ne pourrai plus y adhérer par la suite, à moins que le régime offrant une protection similaire d'assurance traitement en vertu duquel je suis assuré prenne fin. Dans un tel cas, je devrai présenter une demande d'adhésion au régime dans les 31 jours suivant la terminaison de cette protection similaire.

Signature de l'adhérent

Date (AAAA-MM-JJ)

4. SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

IMPORTANT - Ce formulaire doit être signé par le responsable de l'assurance collective de votre organisme. Vous ne devez pas retourner le formulaire directement à l'Assureur.

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

Veuillez conserver une copie et transmettre la copie originale à votre employeur.