

N° de groupe 0 0 9 8 0 0	N° d'employeur	N° d'identification
---------------------------------------	----------------	---------------------

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE

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.	

2. RENONCIATION

Je déclare avoir pris connaissance de la protection offerte en vertu du régime d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée pour les membres du groupe susmentionnée, et de tous les avantages que ce régime peut m'apporter, régime dont l'adhésion est obligatoire depuis le 4 juin 2009.

Je, soussignée, désire ne plus participer à la garantie obligatoire d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée, puisque je réponds à l'un ou l'autre des critères suivants :

- J'ai accumulé une banque de congés de maladie me procurant, en cas d'invalidité, une garantie de traitement jusqu'à l'âge de 65 ans.
- J'ai commencé ma préretraite totale.
- J'ai accumulé une banque de congés de maladie me procurant, en cas d'invalidité, une garantie de traitement et une accumulation de 35 ans ou plus de service aux fins du calcul de ma rente au RRF, au RRE, au RREGOP, au RRPE ou au RRCE.
- J'ai accumulé une banque de congés de maladie me procurant, en cas d'invalidité, une garantie de traitement et une accumulation de 35 ans ou plus de service aux fins du calcul de ma rente au RREFQ, et je suis âgé(e) de 55 ans ou plus¹.
- J'ai acquis 34,5 ans ou plus de service aux fins du calcul de ma rente au RRF, au RRE, au RREGOP, au RRPE ou au RRCE.
- Je suis âgé(e) de 54,5 ans ou plus et j'ai acquis 34,5 ans ou plus de service aux fins du calcul de ma rente au RREFQ¹.
- J'ai acquis 31,5 ans ou plus de service aux fins du calcul de ma rente au RRAPSC¹.
- Je suis un(e) employé(e) temporaire protégé(e) par une protection similaire à celle offerte aux personnes représentées par le Comité. Nonobstant ce qui précède, si je deviens un(e) employé(e) permanent(e), je devrai participer au présent régime².
- Je suis employé(e) occasionnel(le) protégé(e) par une protection similaire à celle offerte aux personnes représentées par le Comité².
- Je me suis engagé(e) à prendre ma retraite à l'intérieur d'une période de 6 mois.

Il est entendu que mon régime d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée prendra fin à la première période de paie suivant la date de réception de ce document chez mon employeur³.

De ce fait, je n'aurai aucun recours contre mon employeur ni contre La Capitale assureur de l'administration publique inc. pour quelque réclamation que ce soit. De plus, je ne pourrai en aucun cas adhérer à cette garantie dans le futur, même en fournissant des preuves d'assurabilité.

Note 1 : Veuillez joindre au présent formulaire l'état de participation au régime de retraite. | **Note 2** : Veuillez joindre au présent formulaire une preuve à l'effet que la protection est en vigueur ainsi qu'une copie de la police ou de la brochure. | **Note 3** : Il est cependant possible d'obtenir le remboursement de primes d'assurance traitement payées en trop lorsque la demande de renonciation est reçue après la date où le droit aurait pu s'exercer. **La rétroactivité ne peut dépasser un an.** Il n'y a aucune rétroactivité payable pour les employés(es) temporaires ou occasionnels(les).

3. SIGNATURE

Signé à _____ ce _____ du mois _____ 20 _____

Signature de l'adhérent

4. SIGNATURE DU REPRÉSENTANT CHEZ 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.

Signé à _____ ce _____ du mois _____ 20 _____

Signature

Téléphone