

La Capitale assureur de l'administration publique inc.  
625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9  
418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur : 418 646-1313 • adm.collectif@lacapitale.com

N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
008000		

## 1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM		PRÉNOM	
ADRESSE	N°	RUE	APP.
TÉLÉPHONE RÉSIDENT			
VILLE	CODE POSTAL		TÉLÉPHONE TRAVAIL
ADRESSE COURRIEL <sup>1</sup> :			<b>NOTE 1 :</b> En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à ma police d'assurance
DATE PRÉVUE DE LA RETRAITE (JOINDRE UNE COPIE DE LA LETTRE)		(ANNÉE-MOIS-JOUR)	DATE DE RÉCEPTION DE L'AVIS ÉCRIT CHEZ L'EMPLOYEUR
			(ANNÉE-MOIS-JOUR)

## 2 – RENONCIATION

J'ai pris connaissance de la protection dont je bénéficie en vertu du régime d'assurance traitement obligatoire de base 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 d'assurance traitement obligatoire de base étant donné que :

- je suis déjà couvert par un régime collectif offrant une protection similaire d'assurance traitement. (Veuillez fournir la preuve de ce régime collectif 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 \_\_\_\_\_ (Année-Mois-Jour).  
Je ne pourrai donc pas bénéficier de cette protection. (Veuillez fournir une copie de l'entente signée à votre employeur.)
- ma réserve de congés de maladie est suffisante pour me rendre à 64 ans, âge où la protection cesse automatiquement. Je ne pourrai donc pas bénéficier de cette protection.
- j'aurai 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 des primes ne sera accordé.

## 3 – DÉCLARATION

Je reconnais avoir pris connaissance des renseignements mentionnés ci-dessus. Je reconnais qu'en renonçant volontairement à ce régime d'assurance traitement obligatoire de base, je ne pourrai plus y adhérer par la suite (sauf si le régime collectif d'assurance traitement similaire prend fin).

\_\_\_\_\_  
Signature de l'adhérent

\_\_\_\_\_  
Date

## 4 – SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR (ce formulaire doit être signé par le responsable de l'assurance collective de votre organisme. Ne pas retourner le formulaire directement à l'Assureur.)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Le présent formulaire peut être transmis à l'Assureur par la poste, par télécopieur ou par courriel, aux coordonnées inscrites ci-dessus.  
Si vous n'avez pas transmis le document original, assurez-vous de le conserver en lieu sûr en cas de contrôle.  
Il est à noter que l'Assureur peut exiger le document original en tout temps aux fins de vérification.