



Édifice Le Delta 3  
2875, boulevard Laurier, bureau 400  
Case postale 1500  
Québec (Québec) G1K 8X9  
Courrier électronique :

Téléphone : 418 644-4200  
1 800 463-4856  
Télécopieur : 418 646-1313  
adm.collectif@lacapitale.com

# RENONCIATION À LA GARANTIE D'ASSURANCE INVALIDITÉ LONGUE DURÉE

N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
<b>8000</b>		

## 1 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM		PRÉNOM			
ADRESSE	N°	RUE	APP.	TÉLÉPHONE (RÉSIDENT)	( )
VILLE	CODE POSTAL		TÉLÉPHONE (TRAVAIL)	( )	
DATE PRÉVUE DE LA RETRAITE (ANNÉE-MOIS-JOUR) (JOINDRE UNE COPIE DE LA LETTRE)			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 banque 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 banque de congés de maladie et l'année d'assurance traitement de l'employeur).

Ma protection prendra fin à la date du début de la deuxième période de paie qui suit 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

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**S.V.P., retournez l'original à l'Assureur et conservez une copie pour vos dossiers.**

**La forme masculine est utilisée pour faciliter la lecture du document, elle désigne autant le féminin que le masculin.**

**Chaque employeur reproduit ce formulaire pour ses besoins.**