

N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
9800		

1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE

NOM		PRÉNOM	
ADRESSE	N°	RUE	APP.
			TÉLÉPHONE () RÉSIDENT
VILLE	CODE POSTAL		TÉLÉPHONE () TRAVAIL

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 susmentionné et de tous les avantages que ce régime peut m'apporter, régime dont l'adhésion est obligatoire depuis le 4 juin 2009.

Je soussigné(e) 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 plus;¹
- 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 RREFQ;¹
- J'ai acquis 31,5 ans ou plus de service aux fins du calcul de ma rente au RRAPSC;¹
- 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 régime;²
- Je suis employé(e) occasionnel(le) protégé(e) par une protection similaire à celle offerte aux personnes représentées par le Comité.²

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 employeur. *

De ce fait, je n'aurai aucun recours contre mon employeur ni contre La Capitale assurances et gestion du patrimoine 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.

* 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 employé(e)s temporaires ou occasionnel(le)s.

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.

3 – SIGNATURE

Signé à _____, ce _____ du mois _____ 20 ____.

Signature de la personne adhérente

4 – SIGNATURE DU REPRÉSENTANT CHEZ L'EMPLOYEUR

Signé à _____, ce _____ du mois _____ 20 ____.

Signature

Veuillez retourner l'original à l'Assureur et conserver une copie pour vos dossiers.

Chaque employeur reproduit ce formulaire pour ses besoins.