

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

625, rue Saint-Amable, 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
9900		

### 1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE

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

### 2 – RENONCIATION

**L'impossibilité pour la personne adhérente de recevoir des prestations d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée lui permet de renoncer à cette garantie lors de l'une des situations décrites ci-dessous.**

**Seules ces situations permettent à la personne adhérente de se prévaloir du droit de renonciation.**

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 en date du : \_\_\_\_\_

- Je me suis engagé(e) à prendre ma retraite dans moins de 6 mois;
- 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;<sup>1</sup>
- 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;<sup>1</sup>
- J'ai acquis 31,5 ans ou plus de service aux fins du calcul de ma rente au RRAPSC;<sup>1</sup>
- 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;<sup>2</sup>
- Je suis employé(e) occasionnel(le) protégé(e) par une protection similaire à celle offerte aux personnes représentées par le Comité.<sup>2</sup>

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 en assurance traitement. De plus, je ne pourrai en aucun cas adhérer à ce régime 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 DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

Signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ du mois \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

Signature

### 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.