

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

N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
9900		

1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE

NOM		PRÉNOM	
ADRESSE	N°	RUE	APP.
			TÉLÉPHONE () RÉSIDENTE
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 1^{er} janvier 1995.

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 : _____

FONCTION PUBLIQUE ET ORGANISMES PUBLICS

- 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

CÉGEPS, COMMISSIONS SCOLAIRES, INSTITUT PHILIPPE-PINEL DE MONTRÉAL ET COREM

- 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 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 – SIGNATURES

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.