



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>9995</b>		

## 1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

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

## 2 – RENONCIATION

Je soussigné désire ne plus participer à la garantie obligatoire d'assurance invalidité longue durée, puisque je réponds à l'un ou l'autre des critères suivants :

- Je participe exclusivement au Régime de retraite des enseignants (RRE), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite de certains enseignants (RRCE);
- Je participe au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) détenant 33 ans ou plus de service;
- Je suis âgé de 53 ans ou plus;
- Je suis membre d'une corporation professionnelle protégée par une protection similaire en vertu d'un régime d'assurance salaire de longue durée offert par cette corporation (joindre à la présente demande une preuve à l'effet que la protection est en vigueur ainsi qu'une copie de la police ou de la brochure) ;
- J'ai signé une entente de départ pour la retraite (sans possibilité de retour) dans la mesure où il y a deux ans ou moins entre la date de renonciation et la date de départ (joindre à la présente demande une copie de l'entente).

Il est entendu que mon régime d'assurance invalidité longue durée prendra fin à la première période de paie suivant la date de réception de ce document à La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

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.

## 3 – SIGNATURES

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

Signature de l'adhérent

Signature du témoin

## 4 – SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

- Je certifie que le requérant participe exclusivement au RRE, RRF, RRCE;  
ou
- Je certifie que le requérant participe au RREGOP et détient 33 ans ou plus de service;  
ou
- Je certifie que le requérant est âgé de 53 ans ou plus.

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

Signature

**Veillez retourner l'original à l'Assureur et conserver 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.**