

DROIT DE RENONCIATION AU RÉGIME UNIQUE D'ASSURANCE TRAITEMENT

CONTRAT N° 30000

IMPORTANT

Ce formulaire s'adresse uniquement aux adhérents qui répondent à l'un ou l'autre des critères énumérés à la section B - RENONCIATION AU RÉGIME UNIQUE D'ASSURANCE TRAITEMENT.

VEUILLEZ REMPLIR TOUTES LES SECTIONS DU PRÉSENT FORMULAIRE.

A - IDENTIFICATION

Veillez écrire en lettres majuscules.

Nom de l'employeur	Numéro de compte
Nom de l'adhérent	Prénom
	Numéro d'identification

B - RENONCIATION AU RÉGIME UNIQUE D'ASSURANCE TRAITEMENT

J'ai pris connaissance de la protection dont je bénéficie en vertu du régime unique d'assurance traitement 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 unique d'assurance traitement étant donné que :

- je suis déjà couvert par un régime collectif offrant une protection similaire d'assurance traitement.
(Veillez fournir la preuve de ce régime collectif d'assurance à votre employeur.) AAAA MM JJ
- j'ai signé une entente confirmant que je prendrai ma retraite dans moins d'un an, soit le _____.
Je ne pourrai donc pas bénéficier de cette protection.
(Veillez fournir une copie de l'entente signée à votre employeur.)
- ma réserve 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 réserve de congés de maladie et l'année d'assurance traitement de l'employeur).

Ma protection prendra fin le 1^{er} jour de la période de paie qui suit la date de signature du présent formulaire, dans la mesure où l'assureur est avisé avant ladite date. Aucun remboursement rétroactif des primes ne sera accordé.

C - DÉCLARATION

Je reconnais avoir pris connaissance des renseignements mentionnés ci-dessus. **Je reconnais qu'en annulant volontairement le régime unique d'assurance traitement, 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

D - SIGNATURE

**Ce formulaire doit être signé par le responsable de l'assurance collective de votre organisme.
Ne pas retourner le formulaire directement à Desjardins Assurances.**

Signature du responsable chez l'employeur

Date

**VEUILLEZ RETOURNER L'ORIGINAL À DESJARDINS ASSURANCES
ET REMETTRE UNE COPIE À L'ADHÉRENT.**