

N° de groupe					
0	0	9	9	9	5

N° d'employeur			

N° d'identification									

## 1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom			Prénom			Date de naissance (AAAA/MM/JJ)			
N°, rue, app.						Ville			
Province		Code Postal		Téléphone principal		Poste	Téléphone (autre)		Poste

## 2. RENONCIATION

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

- Je suis un retraité et je touche une rente de retraite.
- Je participe au régime de Retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (REEGOP), détenant 33 ans ou plus de service.
- Je suis âgé(e) 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.

Veuillez joindre une preuve à l'effet que la protection est en vigueur ainsi qu'une copie de la police ou de la brochure à la présente demande.

- 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 date de départ.

Veuillez joindre une copie de l'entente à la présente demande.

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 assureur de l'administration publique inc.

De ce fait, **je n'aurai aucun recours** contre mon employeur ni contre La Capitale assureur de l'administration publique 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.

**IMPORTANT :** Même si vous répondez aux critères susmentionnés, il pourrait être avantageux de conserver cette protection. Il est recommandé de communiquer avec votre syndicat pour faire un choix éclairé.

## 3. DÉCLARATION

**Je déclare** que les renseignements fournis ci-dessus sont complets et véridiques. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de mon assurance.

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

Signature de l'adhérent \_\_\_\_\_

Signature du témoin \_\_\_\_\_

## 4. SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

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

Signature de l'employeur \_\_\_\_\_