

Beneva

625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856

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 _____

Veillez conserver une copie et transmettre la copie originale à l'Assureur.