

**À L'INTENTION DES MEMBRES DE SYNDICATS AFFILIÉS
À LA CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (CSQ)**

Je déclare avoir pris connaissance de la protection offerte en vertu du régime d'assurance salaire de longue durée pour les membres du groupe susnommé et de tous les avantages que ce régime peut m'apporter, régime dont l'adhésion est obligatoire depuis le 31 décembre 1995.

Je désire toutefois mettre fin à la protection d'assurance salaire de longue durée qui m'a été accordée puisque je réponds à l'une des conditions suivantes :

- participante ou participant **exclusif** au Régime de retraite des enseignants (RRE), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite de certains enseignants (RRCE);
- participante ou participant au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) détenant 33 ans ou plus de service;
- participante ou participant âgé de 53 ans ou plus;
- membre d'une corporation professionnelle protégé 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);
- signature d'une entente de départ pour la retraite (sans possibilité de retour) dans la mesure où il y a deux (2) ans ou moins entre la date de renonciation et la date de départ (joindre à la présente demande une copie de l'entente).

Je désire me prévaloir de mon droit de renonciation pour mettre fin à ma protection d'assurance salaire de longue durée à compter de la première période de paie complète qui suit la réception de ce formulaire par SSQ, Société d'assurance-vie inc. En conséquence, je comprends qu'il ne peut y avoir de remboursement rétroactif des primes.

De plus, en renonçant **volontairement** au régime **obligatoire** d'assurance salaire de longue durée, je sais que je ne pourrai plus y adhérer par la suite, et ce, avec ou sans preuves d'assurabilité.

Je comprends que cette décision est irrévocable.

N° GROUPE

N° CERTIFICAT

N° D'ASS. SOCIALE

TÉMOIN - SIGNATURE

PERSONNE EMPLOYÉE - SIGNATURE

TÉMOIN - (Nom en lettres moulées)

PERSONNE EMPLOYÉE - (Nom en lettres moulées)

| | A | | M | | J | |

DATE

Administrateur du régime

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

| | A | | M | | J | |

Date

Signature de l'administratrice ou de l'administrateur