



**À L'ATTENTION DES INGÉNIEURS SYNDIQUÉS
DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC DE L'APIQ**

Police 24060

Je déclare avoir pris connaissance de la protection offerte en vertu du régime d'assurance salaire de longue durée pour les participants du groupe susnommé et de tous les avantages que ce régime peut comporter.

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 :

- six mois avant la date de la retraite;
- participante ou participant depuis 34 1/2 ans et plus au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF), au Régime de retraite des enseignants (RRE) (note 1);
- participante ou participant depuis 34 1/2 ans et plus au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) et âgé de 59 1/2 ans et plus (note 1);
- départ assisté pour la retraite (à la date de signature d'une entente de départ pour la retraite, sans possibilité de retour entre la date de signature et la date de départ – copie de l'entente à joindre avec la présente demande).

Note 1 : Veuillez joindre à la présente demande l'état de participation au régime de retraite.

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 date de début de la première période de paie complète qui suit la date de réception de ce formulaire par mon employeur ou qui coïncide avec cette dernière. En conséquence, je comprends qu'il ne peut y avoir de remboursement rétroactif des primes.

De plus, en renonçant **volontairement** au régime 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° de ministère ou d'établissement

N° de certificat

N° d'assurance sociale (NAS)

TÉMOIN – SIGNATURE

EMPLOYÉ(E) – SIGNATURE

TÉMOIN (nom et prénom en caractères d'imprimerie)

EMPLOYEUR – SIGNATURE

Date : A M J