

À L'INTENTION DES PERSONNES SALARIÉES MEMBRES DE L'ALLIANCE DU PERSONNEL PROFESSIONNEL ET TECHNIQUE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (APTS)

Je déclare avoir pris connaissance de la protection offerte en vertu de la garantie d'assurance salaire de longue durée pour les membres du groupe susnommé et de tous les avantages que celle-ci peut m'apporter, garantie à laquelle l'adhésion est obligatoire.

Je désire toutefois mettre fin à la protection d'assurance salaire de longue durée qui m'a été accordée puisque je réponds à l'un ou l'autre des critères suivants :

- participante ou participant au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) détenant 33 années ou plus de service;
- signature d'une entente de départ à la retraite (sans possibilité de retour) dans la mesure où il y a deux (2) ans ou moins entre la date de retrait du régime d'assurance salaire de longue durée et la date de départ à la retraite (joindre à la présente demande une copie de l'entente).

Je désire me prévaloir de mon droit de retrait pour mettre fin à ma protection d'assurance salaire de longue durée à compter du premier jour de la période de paie qui suit l'acceptation par SSQ de l'exercice du droit de retrait. En conséquence, je comprends qu'il ne peut y avoir de remboursement rétroactif des primes.

De plus, en renonçant **volontairement** à la garantie **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 ADHÉRENTE - SIGNATURE

TÉMOIN - (Nom en lettres moulées)

PERSONNE ADHÉRENTE - (Nom en lettres moulées)

| A | A | A | A | M | M | J | J |

DATE

Administrateur du régime

Je certifie que la personne adhérente :

- participe au RREGOP et détient 33 années ou plus de service;
- a signé une entente de départ à la retraite et je joins à la présente une copie de l'entente à cet effet.

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

Signature de l'administratrice ou de l'administrateur