



Droit de renonciation à la garantie obligatoire d'assurance salaire de longue durée

À l'intention des personnes salariées membres de la FSSS (CSN)

Je déclare avoir pris connaissance de la protection offerte en vertu de la garantie obligatoire d'assurance salaire de longue durée (option II O ou option II O+) pour les membres du groupe susnommé et de tous les avantages que celle-ci peut m'apporter.

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

- j'ai 53 ans ou plus;
- je présente à SSQ la preuve de ma participation au régime de retraite établissant 33 années de service ou plus pour fins d'admissibilité au RREGOP;
- je suis déjà protégé(e) par un régime d'assurance salaire à l'intention des membres d'un ordre professionnel, pour autant que ce régime prévoit une protection équivalente.

Je désire me prévaloir de mon droit de retrait pour mettre fin à ma protection obligatoire d'assurance salaire de longue durée à la date d'acceptation de la demande par SSQ. En conséquence, je comprends qu'il ne peut y avoir de remboursement rétroactif des primes.

En exerçant mon droit de renonciation, je sais que je pourrai revenir par la suite dans le régime optionnel II d'assurance salaire de longue durée en vigueur sous réserve de l'acceptation de preuves d'assurabilité par SSQ.

N° GROUPE

N° CERTIFICAT

N° D'ASSURANCE SOCIALE

PERSONNE ADHÉRENTE - SIGNATURE

TÉMOIN - SIGNATURE

PERSONNE ADHÉRENTE - (Nom en lettres moulées)

TÉMOIN - (Nom en lettres moulées)

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

DATE

Administrateur du régime

Je certifie que la personne adhérente :

- est âgée de 53 ans ou plus;
- présente à SSQ la preuve de sa participation au régime de retraite établissant 33 années de service ou plus pour fins d'admissibilité au RREGOP;
- est déjà protégé(e) par un régime d'assurance salaire à l'intention des membres d'un ordre professionnel, pour autant que ce régime prévoit une protection équivalente.

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

Date

Signature de l'administratrice ou de l'administrateur