

## CAMPAGNE DE RENONCIATION

### RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DES EMPLOYÉS SYNDICABLES NON SYNDIQUÉS ET DES EMPLOYÉS NON SYNDICABLES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

#### IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR – Veuillez écrire en lettres majuscules.

|                    |                              |              |
|--------------------|------------------------------|--------------|
| Nom de l'employeur | N° de contrat<br><b>C001</b> | N° de compte |
|--------------------|------------------------------|--------------|

#### IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

|                   |                                      |
|-------------------|--------------------------------------|
| Nom de l'adhérent | N° d'identification ou de certificat |
| Prénom            | Date de naissance<br>AAAA MM JJ      |

À compter du 1<sup>er</sup> avril 2022, la participation aux garanties du régime obligatoire 2 deviendra obligatoire :

**Assurance vie de base de l'adhérent**  
**Assurance de base en cas d'accident de l'adhérent**  
**Assurance salaire de longue durée**

**Je ne désire pas détenir les garanties du régime obligatoire 2 (et conséquemment celles prévues au régime facultatif 2). Je comprends que cette décision est irréversible.**

Je confirme avoir pris connaissance des modifications à mon régime d'assurance collective et je comprends les conséquences de celles-ci. Je reconnais qu'en renonçant volontairement à ces garanties, je ne pourrai plus y adhérer par la suite, et ce, même en fournissant des preuves d'assurabilité.

**Signature de l'adhérent** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Signature du responsable chez l'employeur** \_\_\_\_\_