



RENONCIATION À LA PROTECTION RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

Nom : _____ N° matricule McGill : _____

N° de tél. : _____ Courriel : _____

Je, soussigné(e), souhaite me retirer du Régime de soins de santé complémentaire de l'Université McGill (le « régime ») à compter du _____ (sous réserve des délais de traitement du service de la paie).

Je comprends que conformément à la législation du Québec¹, la participation à un régime privé offrant à tout le moins une assurance médicaments est obligatoire pour les personnes de moins de 65 ans. Si je veux me retirer ou me désister du régime, je dois fournir la preuve que je bénéficie d'une autre assurance soins de santé (par ex., celle de mon/ma conjoint(e) ou d'une association ou d'un ordre professionnel) en remplissant le formulaire ci-dessous.

Je déclare bénéficier actuellement de garanties au moins égales à celles du régime général, en vertu du :

- Régime de soins de santé de mon/ma conjoint(e)
- Régime de mon association ou de mon ordre professionnel

Nom de la compagnie d'assurance: _____ N° de contrat: _____

Je déclare que (i) je dois adhérer à nouveau au régime si je perds les garanties dont je bénéficie dans le cadre d'un autre régime et que j'aviserai immédiatement l'Université McGill dès que je perdrai ces garanties; que (ii) je fournirai tous les documents nécessaires, tel qu'exigé, dans le cas où mon employeur demande à vérifier les informations fournies sur le présent formulaire et que (iii) toutes les informations fournies sur le présent formulaire sont exactes et complètes.

Je reconnais par ailleurs qu'avant de me retirer du régime, j'ai eu suffisamment de temps pour examiner les modalités du régime de soins de santé complémentaire.

Signature

Date

Renvoyer ce formulaire au Centre de service des RH – par télécopieur ou au 514-398-8287 ou par scan/courriel à : hrhr@mcgill.ca, ou par la poste à 688 rue Sherbrooke, 15^e étage, bureau 1520, Montréal, Qc

¹ Conformément à l'article 44.1 de la *Loi sur l'assurance médicaments*, L.R.Q., c. A-20.01

Réservé aux RH seulement :

| | | | |
|----------------|--|---------|------|
| Preuve requise | Reçu : Oui ____ Non Sinon, envoyez un suivi au membre | Initial | Date |
|----------------|--|---------|------|