

## Demande de participation au régime d'assurance médicaments pour le personnel retraité de 65 ans et plus

Applicable aux retraités de 65 ans et plus recevant une rente de retraite  
en vertu du Régime de retraite **RRE, RRF, RREGOP, RRCE et RRPE**

### 1- Renseignements sur l'identifié du retraité(e)

Nom de l'employeur  Matricule  NAS   
  Masculin  Féminin    
 Nom Prénom Sexe Date de naissance (aaaa-mm-jj)

#### Adresse de domicile

Numéro Rue Appartement Courriel Domicile  
      
 Ville Province Code postal Travail

#### Numéros de téléphone

### 2- Autres renseignements

Je désier participer  au régime d'assurance médicaments de l'Université du Québec et par conséquent, je m'engage à verser annuellement, à l'avance, les sommes nécessaires correspondant au paiement de la prime requise.

Date de retraite (aaaa-mm-jj)  
  
 Montant de la prime

Cocher la case correspondant à votre statut civil  Retraité(e) sans conjoint (inclus les enfants à charge)  
 Retraité(e) avec conjoint (inclus les enfants à charge)

### 3- Signatures

Signature du retraité(e) Date  
   
 Signature - Service des ressources humaines Date

### 4- Retourner le formulaire au Service des ressources humaines

À l'attention de : Nom   
 Service des ressources humaines  
 Adresse   
  
    
 Ville Province Code postal