

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

Date de retraite (aaaa-mm-jj)

Je ne désire pas participer

**Mode de paiement** : La personne retraitée s'engage à payer la prime annuelle requise selon la procédure convenue entre l'établissement et le retraité.

Je désire participer

**La date de cessation de l'assurance correspond au jour du 65<sup>e</sup> anniversaire, mais la couverture demeure valide pendant les 31 jours suivants cette date.**

Salaire brut annuel  Montant d'assurance-vie  Montant de la prime

## 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

**NOTE : Veuillez retourner ce formulaire le plus rapidement possible, au plus tard 31 jours après la date effective de la retraite.**