

**RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE  
À L'INTENTION DES MEMBRES DE L'APTS**

Je déclare avoir pris connaissance de la protection offerte en vertu du régime obligatoire d'assurance vie de base de la personne adhérente offert aux membres de l'APTS et de tous les avantages que ce régime peut m'apporter.

Malgré ce qui précède, je demande à renoncer à la protection d'assurance vie de base de la personne adhérente puisqu'une police individuelle d'assurance vie d'un montant minimal de 25 000 \$ me protège déjà.

En renonçant volontairement au régime obligatoire d'assurance vie de base de la personne adhérente, je ne peux pas participer à la protection d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente. De plus, je sais que je devrai fournir les preuves d'assurabilité requises et acceptées par l'assureur si je désire y participer par la suite.

Le droit de renonciation s'applique à compter de la première période de paie complète qui suit l'acceptation de cette demande par SSQ, Société d'assurance-vie inc.

→ **Joindre la preuve de l'existence d'une police individuelle d'assurance vie d'un montant minimal de 25 000 \$.**

---

N° de groupe

---

N° de certificat

---

Personne salariée - SIGNATURE

---

Témoin - SIGNATURE

---

Personne salariée (nom en lettres moulées)

---

Témoin (nom en lettres moulées)

\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_

Date