



McGill

RENONCIATION À LA PROTECTION RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

Nom : _____ N° matricule
 McGill : _____

N° de tél. : _____ Courriel : _____

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

Je comprends que la participation au régime est facultative. Cependant, une fois membre du régime, je dois en principe maintenir ma participation au régime pendant toute la durée de mon service à l'Université.

Je reconnais que je peux me retirer du régime si :

- Je suis couvert(e) par un régime de soins dentaires ailleurs (p.ex. de mon conjoint/ma conjointe). Je comprends qu'une preuve écrite d'assurance doit être présentée aux Ressources humaines et que je ne serai pas autorisé(e) à me retirer du régime tant que je n'aurai pas fourni cette preuve. J'ai donc inclus, avec ce formulaire, la preuve que je bénéficie d'un autre assurance dentaire.
- J'ai participé pendant 3 années consécutives au régime. Je comprends que je ne serai pas autorisé(e) à adhérer à nouveau au régime pendant la même période d'emploi à l'Université.

Je reconnais que (i) je présenterai tous les documents nécessaires, tel qu'exigé, et que (ii) 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 dentaires.

Signature _____ Date _____

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

Réservé aux RH seulement :

Date d'adhésion au Régime de soins dentaires :		Initial	Date
Si preuve requise :	Reçue : oui ___ non ___ Si non, envoyer une lettre de suivi au membre du régime	Initial	Date
Si non autorisé(e) à se retirer :	Informez le membre du régime par écrit	Initial	Date