

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX

**Croix Bleue | Groupe 96775
Refus de participation**

Je ne désire pas maintenir ma protection au régime de soins médicaux offert au personnel retraité de 65 ans et plus à compter du _____.

Je suis conscient(e) du fait qu'il me sera **impossible de revenir sur ma décision** après la date indiquée ci-dessus. Je dégage mon employeur de toute responsabilité quant au choix que je fais et à ses conséquences.

Nom en lettres moulées

Signature

Matricule

Date

Nous vous remercions de nous acheminer ce formulaire dûment rempli de l'une des deux façons suivantes :



Par courriel

avantages-sociaux@drh.umontreal.ca



Par la poste

Université de Montréal
Direction des ressources humaines | Avantages sociaux
C.P. 6128, Succursale Centre-ville
Montréal (Québec), H3C 3J7