

## 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](mailto: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