



RÉSERVÉ AU SERVICE PRASE	
ÉTABLISSEMENT :	_____
# MAT :	_____ CODE : 7 - 1 - 2
COURRIEL : OUI/ <u>NON</u> / NB DE PAGES	_____ 1
PRÉCISION :	_____
INITIALES CODE :	_____ INITIALES NUM :

Demande de maintien ou de diminution temporaire de l'assurance collective

Absence temporaire sans rémunération dont la durée excède 28 jours

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ	
Nom, prénom :	_____
Adresse :	_____
Ville :	_____ Code postal : _____
N° employé :	_____ Ancien établissement : _____
Syndicat :	Association des médecins résidents et résidentes de l'Université de Sherbrooke (AMReS)
Note : Veuillez vous assurer de mettre à jour vos renseignements personnels dans le logiciel de paie Logibec (ouvrez l'application, cliquez sur « Dossier employé », puis sur « Renseignements personnels » et « Nouveau »; n'oubliez pas de sauvegarder à la fin).	

DESCRIPTION DU CONGÉ	
Assureur :	La Capitale Code assurance : 74
Nom du congé :	_____
Date de début :	_____ Date de fin : _____

Choix	Explications et informations
Je désire : <input type="checkbox"/> Participer uniquement au régime maladie de base et maladie complémentaire. Je m'engage à payer les primes de façon régulière durant mon congé sans solde complet (soit par le prélèvement automatique ou par des chèques postdatés). Si vous êtes exempté du régime de base médicaments par un autre contrat, la modification s'applique uniquement à vos options qui seront suspendues.	Je suspends temporairement mes autres options (le cas échéant) : - Le régime assurance vie; - Le régime assurance invalidité de longue durée. Ces deux (2) options sont INDISSOCIABLES.
OU <input type="checkbox"/> Conserver toutes les protections de mon assurance collective détenues avant mon congé. Si vous êtes exempté de l'assurance de base médicaments par un autre contrat, seules les options seront maintenues.	Dans un tel cas, je dois payer la prime totale (la part employé plus la part employeur) par l'entremise de l'employeur. Toutefois, la Loi sur les normes du travail oblige l'employeur à continuer de verser sa contribution lors d'un congé pour des raisons familiales ou parentales.

Veuillez nous retourner ce formulaire signé, d'ici le début du congé mentionné ci-dessus, en indiquant votre choix de maintenir ou non vos protections. À défaut d'une réponse de votre part, vous vous verrez octroyer uniquement le régime d'assurance maladie de base et votre participation aux régimes complémentaires cessera pour toute la durée de l'absence. Si vous avez décidé de suspendre vos options, celles-ci reprendront automatiquement dès votre retour effectif au travail.

Signature de l'employé : _____ Date : _____

Acheminez ce formulaire dûment rempli à l'adresse suivante : Service rémunération et avantages sociaux, secteur assurances collectives 500, rue Murray, local EM-0300 Sherbrooke (Québec) J1G 2K6	Pour nous joindre : Tél. : 819 780-2200, option 1 Courriel : prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca
--	--