



RÉSERVÉ PRASE	
ÉTABLISSEMENT : _____	
# MAT : _____	CODE : 7 - 1 - 2
COURRIEL : OUI / NON <input checked="" type="radio"/> 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 pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES)
<p>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).</p>	

DESCRIPTION DU CONGÉ	
Assureur :	SSQ Groupe Financier Code assurance : 63
Nom du congé :	_____
Date de début :	Date de fin : _____

Choix	Explications et informations
<p>Je désire :</p> <p><input type="checkbox"/> Participer uniquement au régime d'assurance de base médicaments. 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).</p> <p>Si vous êtes exempté du régime de base médicaments par un autre contrat, la modification s'applique uniquement à vos options qui seront suspendues.</p>	<p>Je suspends temporairement mes autres options (le cas échéant) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le régime complémentaire d'assurance maladie et de soins dentaires; - Le régime d'assurance vie; - Le régime d'assurance salaire longue durée.
OU	
<p><input type="checkbox"/> Conserver toutes les protections (base et options) de mon assurance collective lors de mon congé. 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).</p> <p>Si vous êtes exempté(e) de l'assurance de base médicaments par un autre contrat, seules les options seront maintenues.</p>	<p>Je ne veux pas suspendre temporairement mes autres options ; Il est prévu que le pharmacien puisse maintenir les régimes complémentaires détenus au début de cette absence. Pour ce faire, celui-ci doit assumer la totalité des primes prévues par l'intermédiaire de l'employeur.</p> <p>Toutefois, la Loi sur les normes du travail prévoit que l'employeur doit maintenir le paiement de sa part de la prime dans le cas d'un pharmacien ayant maintenu sa participation à l'assurance lors d'un congé pour des raisons familiales ou parentales selon les dispositions prévues par la loi.</p>

SECTION RÉSERVÉE AUX ASSURANCES COLLECTIVES
 VALEUR 1

SECTION RÉSERVÉE AUX ASSURANCES COLLECTIVES
 VALEUR 0

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 : _____

<p>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</p>	<p>Pour nous joindre : Tél. : 819 780-2200, option 1 Courriel : prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca</p>
---	---