



| RÉSERVÉ AU SERVICE PRASE |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| ÉTABLISSEMENT : _____    |                       |
| # MAT : _____            | CODE : 7 - 1 - 2      |
| COURRIEL : OUI/NON       | 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 :  | Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) |
| 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 :           | SSQ Groupe Financier Code assurance : 57 |
| 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 maladie de <b>base</b>. 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 d'assurance maladie de base, votre choix s'applique uniquement à vos options et aucune prime ne sera prélevée.</p>   | <p>Je suspends temporairement mes autres options (le cas échéant) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le régime maladie intermédiaire ou supérieur;</li> <li>- Le régime de soins dentaires;</li> <li>- Le complémentaire I, le régime d'assurance vie et d'assurance salaire de longue durée.</li> </ul> |
| <b>OU</b>   |  |
| <p><input type="checkbox"/> Maintenir uniquement ma participation au régime maladie détenu avant le début du congé : <b>intermédiaire</b> ou <b>supérieur</b>, sans les options vie, salaire et dentaire (le cas échéant). 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, aucune option ne sera maintenue. Par conséquent, aucune prime ne sera prélevée.</p> | <p>Je suspends temporairement mes autres options (le cas échéant) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le régime de soins dentaires;</li> <li>- Le complémentaire I, le régime d'assurance vie et d'assurance salaire de longue durée.</li> </ul>  |
| <b>OU</b>   |  |
| <p><input type="checkbox"/> Conserver toutes les protections (base et options) de mon assurance collective. 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 par un autre contrat, il n'y aura que les options de maintenues à votre dossier donc aucun changement à votre assurance.</p>  | <p>Je dois payer la prime totale (la part employé plus la part employeur) par l'entremise de l'employeur.</p> <p>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.</p>                                 |

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