



RÉSERVÉ AU SERVICE PRASE	
ÉTABLISSEMENT : _____	
# MAT : _____	CODE : 7 - 1 - 2
COURRIEL : OUI/ <u>NON</u>	NB DE PAGES : <u>1</u>
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 : Confédération des syndicats nationaux (CSN)

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 : 61
 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 maladie santé I - 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 garanties (le cas échéant) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le régime maladie santé II ou III; - Le régime optionnel d'assurance vie; - Le régime optionnel II d'assurance salaire longue durée. <p>Ces trois (3) options sont INDISSOCIABLES.</p>
<p>OU</p> <p><input type="checkbox"/> Conserver toutes les options (base et options) de mon assurance collective.</p> <p>Si vous êtes exempté de l'assurance de base médicaments par un autre contrat, seules les options seront maintenues.</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 : _____

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