



| RÉSERVÉ 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 :   | Confédération des syndicats nationaux (CSN) |
| <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 : 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"> <li>- Le régime maladie santé II ou III;</li> <li>- Le régime optionnel d'assurance vie;</li> <li>- Le régime optionnel II d'assurance salaire longue durée;</li> <li>- Les soins dentaires.</li> </ul> <p>Ces trois (3) options sont INDISSOCIABLES.</p> |   |                                   |
| <table border="1"> <tr> <td>SECTION RÉSERVÉE AUX ASSURANCES COLLECTIVES</td> </tr> <tr> <td>VALEUR 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>  |  | SECTION RÉSERVÉE AUX ASSURANCES COLLECTIVES | VALEUR 2 <input type="checkbox"/> |
| SECTION RÉSERVÉE AUX ASSURANCES COLLECTIVES  |  |   |                                   |
| VALEUR 2 <input type="checkbox"/>  |  |   |                                   |
| <p><b>OU</b></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>   |   |                                   |
| <table border="1"> <tr> <td>SECTION RÉSERVÉE AUX ASSURANCES COLLECTIVES</td> </tr> <tr> <td>VALEUR 0 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>  |  | SECTION RÉSERVÉE AUX ASSURANCES COLLECTIVES | VALEUR 0 <input type="checkbox"/> |
| SECTION RÉSERVÉE AUX ASSURANCES COLLECTIVES  |  |   |                                   |
| VALEUR 0 <input type="checkbox"/>  |  |   |                                   |

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><br/>                 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><br/>                 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> |
|---|---|