



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 :	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)
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 : 58
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 BRONZE. 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) : <ul style="list-style-type: none"> • Option 1 – Régime dentaire; • Option 2 – Assurance Vie et MMA, assurance salaire, assurance Vie additionnelle de l'adhérent, de la personne conjointe et des droits acquis. Ces deux (2) options sont INDISSOCIABLES.

SECTION RÉSERVÉE AUX
 ASSURANCES COLLECTIVES
 VALEUR 2

OU	EXPLICATIONS ET INFORMATIONS
<input type="checkbox"/> Conserver toutes les options (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). Si vous êtes exempté de l'assurance de base médicaments par un autre contrat, seules les options seront maintenues.	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. Si le participant ne paie pas ses primes, les options seront annulées et le participant pourra de nouveau y adhérer en présentant une demande.

SECTION RÉSERVÉE AUX
 ASSURANCES COLLECTIVES
 VALEUR 0

MISE EN GARDE

Lors d'une interruption de travail (congé contesté par grief, congé régime à traitement différé, retrait préventif et congé maternité, congé sans solde de plus de 4 semaines, suspension de plus de 4 semaines ou révision annuelle du temps de travail), la participation à tous les régimes d'assurance est maintenue par défaut. **En remplissant ce formulaire, je suis consciente que je suspends ma participation à tous les régimes, sauf le régime d'assurance maladie, module bronze. Il est à noter que ma participation au régime d'assurance invalidité de longue durée est également suspendue. Ainsi, je n'aurai droit à aucune prestation d'assurance invalidité de longue durée pour toute invalidité qui surviendrait au cours de mon interruption temporaire de travail.**

Par ailleurs, je suis consciente qu'en suspendant ma participation au régime d'assurance au début ou au cours de mon interruption temporaire de travail, je ne pourrai la reprendre ultérieurement ni changer de module pour un module supérieur durant cette même interruption temporaire de travail.

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. Si vous avez décidé de suspendre vos options, celles-ci reprendront automatiquement dès votre retour effectif au travail.

⇒ APPLIQUER CE CHOIX POUR LE CONGÉ : Maternité et parental Parental uniquement

Signature de l'employé : _____ Date : _____

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