



RÉSERVÉ PRASE	
ÉTABLISSEMENT : _____	
# MAT : _____	CODE : <b>7 - 1 - 2</b>
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 30 jours

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ	
Nom, prénom :	_____
Adresse :	_____
Ville :	_____ Code postal : _____
N° employé :	_____ Ancien établissement : _____
Syndicat :	Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)
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 :	<u>La Capitale</u> Code assurance : <u>71</u>
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 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>MISE EN GARDE</p> <p>Par ailleurs, je suis consciente qu'en suspendant ma participation au régime d'assurance au début de mon interruption temporaire de travail, je ne pourrai pas la reprendre ultérieurement ni changer pour un module supérieur durant cette même interruption temporaire de travail.</p>	<p>Je suspends temporairement mes autres options (le cas échéant) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le régime optionnel 1- Assurance maladie complémentaire;</li> <li>- Le régime optionnel 2- Assurance soins dentaires;</li> <li>- Le régime optionnel 3- Assurance vie.</li> </ul>
<p>OU</p> <p><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).</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> <p>Si le participant ne paie pas ses primes, les options seront annulées jusqu'à son retour au travail et le participant pourra de nouveau y adhérer en présentant des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.</p>

SECTION RÉSERVÉE AUX ASSURANCES COLLECTIVES  
 VALEUR 1

SECTION RÉSERVÉE AUX ASSURANCES COLLECTIVES  
 VALEUR 0

Veillez 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 décidez de maintenir vos protections, vous ne pourrez choisir en plein milieu de l'absence de suspendre les options. 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>                  Service rémunération et avantages sociaux,                  secteur assurances collectives                  500, rue Murray, local EM-0300                  Sherbrooke (Québec) J1G 2K6</p>	<p><b>Pour nous joindre :</b>                  Tél. : 819 780-2200, option 1                  Courriel : <a href="mailto:prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca">prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca</a></p>
---	---