Santé Québec Estrie – CHUS

Demande de maintien ou de diminution temporaire de l'assurance collective

Congé sans solde temporaire de plus de 30 jours

Identification de la personne salariée	**Matricule**
Nom	Prénom
Syndicat CADRES	Nom de l'assureur SSQ ZA (62 ME00011000000)

Description du congé

Type de congé

☐ Absence autorisée sans solde
☐ Congé parental sans solde
☐ Congé pour études sans solde
☐ Congé pour enseignement sans solde

Date de début du congé (AAAA/MM/JJ)	Date de fin du congé (AAAA/MM/JJ)
Dimanche	Samedi

Traitement du régime d'assurance collective

☐ **Participer uniquement au régime d'assurance maladie de base.** Les primes seront payées de façon régulière durant le congé sans solde complet, soit par prélèvements automatiques ou par chèques postdatés. Note : la modification s'applique uniquement aux options qui seront suspendues pour la personne détenant une exemption au régime maladie de base.	Les options supplémentaires seront suspendues temporairement, le cas échéant : • régime d'assurance vie, • régime d'assurance invalidité. **Ces options ne peuvent pas être dissociées.** **Section réservée à Assurances collectives** Valeur 1 ☐
☐ **Conserver toutes les protections (base et options) de mon assurance collective.** Les primes seront payées de façon régulière durant le congé sans solde complet, soit par prélèvements automatiques ou par chèques postdatés. Note : seules les options seront maintenues pour la personne détenant une exemption au régime maladie de base.	La prime doit être payée en totalité (part employé + 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. **Section réservée à Assurances collectives** Valeur 0 ☐

Veuillez retourner ce formulaire dûment rempli signé par courriel **avant la date de début du congé** à l'adresse prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca. **En l'absence de réponse, seul le régime d'assurance maladie détenu avant le début du congé et votre participation aux régimes complémentaires sera interrompu pour toute la durée de l'absence**. Si les options ont temporairement été suspendues, celles-ci reprendront automatiquement dès le retour effectif au travail.

Signature de la personne salariée : _____ Date : _____