

**RÉSERVÉ PRASE**

ÉTABLISSEMENT :

MAT : CODE : 7 - 1 - 2COURRIEL : 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 LA PERSONNE SALARIÉE

Nom, prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

N° matricule : _____ Ancien établissement : _____

Syndicat : Personnel d'encadrement

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 CONGÉAssureur : SSQ ZA Code assurance : 62 ME00011000000

Nom du congé : _____

Date de début : _____ Date de fin : _____

Choix

Je désire :

☐ Participer uniquement au régime maladie. Je m'engage à payer les primes de façon régulière durant mon congé sans solde complet.

Si vous êtes exempté du régime de base médicaments par un autre contrat, la modification s'applique uniquement à vos options qui seront suspendues.

Explications et informations

Je suspends temporairement mes autres options (le cas échéant) :

- Le régime assurance vie;
- Le régime assurance invalidité de longue durée.

Ces trois (2) options sont INDISSOCIABLES.

SECTION RÉSERVÉE AUX
ASSURANCES COLLECTIVESVALEUR 1 ☐**OU**

☐ Conserver toutes les protections de mon assurance collective détenues avant mon congé.

Si vous êtes exempté de l'assurance de base médicaments par un autre contrat, seules les options seront maintenues.

Dans un tel cas, je dois payer la prime totale (la part de la personne employée plus la part 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 AUX
ASSURANCES COLLECTIVESVALEUR 0 ☐

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 la personne salariée : _____

Date : _____

Acheminez ce formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :Courriel : prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca**Pour nous joindre :**

Tél. : 819 780-2220, poste 47777, option 2, puis option 1