GROUPE FINACTION™

Solutions intégrées et **novatrices** en assurance collective

Formulaire de Refus des garanties pendant un congé de maternité / parental

Ce formulaire doit être utilisé lorsqu'un employé qui commence son congé de maternité /paternité choisit de refuser de payer pour le maintien de ses garanties d'assurance collective pendant son congé. Ce refus sera appliqué pour :

- toutes les garanties pour lesquelles le membre paie actuellement une partie de la prime;
- toute la durée du congé. Le refus ne peut pas porter seulement sur une partie du congé;

Renonciation aux protections (veuillez cocher les cases si vous renoncez à votre assurance collective)

☐ Je renonce à toutes les garanties offertes par mon régime d'assurance collective soient :

- l'assurance vie de base, à l'assurance vie facultative, à l'assurance vie des personnes à charge ainsi qu'à l'assurance décès et mutilation accidentels
- l'assurance invalidité courte durée (si offert dans le régime)
- l'assurance invalidité de longue durée
- l'assurance soins de santé (médicaments et paramédicaux) pour moi et mes personnes à charge
- l'assurance dentaire pour moi et mes personnes à charge (si offert dans le régime)

☐ Pour ce qui est du refus des garanties en vertu de ce régime d'assurance collective, je comprends très bien les droits à la protection auxquels je renonce et le fais en pleine connaissance de cause.

Refus des garanties durant le Congé de maternité / parental

Je comprends que selon la Loi sur l'assurance médicaments et la Commission des Normes du Travail article 81.15, si je refuse de continuer à payer mes primes d'assurance collective durant mon congé de maternité/ parental **mon assurance collective sera automatiquement annulée en raison du défaut de paiement**.

Si mon conjoint n'est pas couvert par un programme d'assurance collective à son emploi, je comprends que mon refus de maintenir mon assurance collective en vigueur m'oblige, moi, mon conjoint et autres personnes à ma charge à adhérer au régime de la RAMQ et à payer la cotisation afférente à ce régime, mais que puisque j'ai accès à un régime privé d'assurance collective et que je renonce à y participer, je n'aurai droit à aucun remboursement de médicaments par la RAMQ.

Je refuse de continuer à payer ma portion des primes d'assurance collective pendant toute la durée de mon congé de maternité et comprends que si je veux adhérer de nouveau à ce régime à une date **autre que la date prévue de retour au travail**, je devrai fournir une preuve d'assurabilité à mes frais.

Nom de l'employé : _____

N° du contrat : _____ **N° certificat :** _____

Premier jour du congé : _____/_____/_____ (aaaa mm jj) **Date prévue du retour :** _____/_____/_____ (aaaa mm jj)

Signature de l'employé : _____ **Date :** _____