

- Interruption temporaire de travail
 Retour au travail

N° de groupe					
0	0	1	0	0	8
0	0	1	0	1	0

N° d'employeur			

N° d'identification									

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE

Nom		Prénom		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)			
N° rue, app.		Ville					
Province	Code Postal	Téléphone principal	Poste	Téléphone (autre)	Poste		

2. CESSATION DE DÉDUCTION

Veillez cocher la raison	Date de début du congé ou de l'événement (AAAA/MM/JJ)	Date du retour au travail (AAAA/MM/JJ)
<input type="checkbox"/> Assurance invalidité	_____	_____
<input type="checkbox"/> Congédiement contesté par grief ¹	_____	_____
<input type="checkbox"/> Congé sans solde ¹	_____	_____
<input type="checkbox"/> Fin de contrat ²	_____	_____
<input type="checkbox"/> Mise à pied temporaire ¹	_____	_____
<input type="checkbox"/> Suspension ¹	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autre : _____	_____	_____

Note 1 : L'ensemble des garanties peut être maintenu, avec paiement de la prime, y compris la part employeur, le cas échéant. | **Note 2 :** Je ne veux pas conserver mes garanties durant la période de deux mois suivant la date de fin, tel que prévu au contrat. Si la personne adhérente conserve ses garanties, la fin du contrat doit être transmise à l'Assureur par l'avis de mouvement habituel.

3. DÉCLARATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

Je déclare par la présente que je désire :

- Conserver les garanties de mon assurance collective
 Annuler seulement les garanties du bloc suivant :
 Assurance vie Assurance invalidité
 Annuler toutes les garanties de mon assurance collective, à l'exception de l'assurance maladie et de l'assurance soins dentaires.

4. SIGNATURE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

Je m'engage à rembourser la prime afférente directement à l'employeur de la façon suivante : _____

Signature _____

Date (AAAA/MM/JJ) _____

IMPORTANT : À défaut de cocher l'une des cases de la section précédente ou de signer ce formulaire, la personne adhérente verra ses garanties suspendues à la date du départ, à l'exception de l'assurance maladie et de l'assurance soins dentaires (3^e choix). La personne adhérente dispose d'un délai de 30 jours après la date du départ pour remettre les garanties en vigueur. Pour ce faire, elle doit transmettre à l'Assureur le présent formulaire dûment rempli et signé à l'intérieur de ce délai. Dans un tel cas, les primes seront payables à compter de la date de départ.

5. SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

Signature _____

Date (AAAA/MM/JJ) _____

Le présent formulaire peut être transmis à l'Assureur par la poste, par télécopieur ou par courriel aux coordonnées inscrites ci-dessus.
Si vous n'avez pas transmis le document original, assurez-vous de le conserver en lieu sûr en cas de contrôle.
Il est à noter que l'Assureur peut exiger le document original en tout temps aux fins de vérification.