



URGENT – AGISSEZ DÈS MAINTENANT

Vous disposez de 60 jours à compter de la date du début de votre congé non payé ou de votre mise en disponibilité pour décider si vous souhaitez maintenir la totalité ou une partie de la couverture de vos avantages sociaux pendant cette période, sans quoi votre couverture sera suspendue ou cessera le cas échéant. Les paiements rétroactifs ne seront pas acceptés.



Maintien de la protection des avantages sociaux

Congé non payé suite à la politique sur la vaccination du GNB (COVID-19)

Il vous incombe à vous et à votre employeur de remplir ce formulaire. Votre employeur doit tout d'abord remplir les sections qui lui sont réservées afin que vous preniez connaissance du montant total des primes exigées.

Nom : _____ NAS : _____

Employeur : _____ Unité de négociation : _____

Début du congé (jj/mm/aaa) : _____ Fin du congé—si connue (jj/mm/aaa) : _____

N° de téléphone

à privilégier (pendant le congé) : _____ Courriel à privilégier (pendant le congé) : _____

Si vous choisissez de maintenir votre couverture pour certains ou pour la totalité des avantages sociaux :

- Cochez et paraphez les cases de la page 2 correspondant aux avantages que vous souhaitez maintenir.
- Datez et signez la page 2 une fois que vous avez fait vos choix.
- Joignez un exemplaire de ce formulaire de deux pages au paiement de vos primes à **Vestcor** pour les régimes d'assurance-vie collective et d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident (ADMA). **Vestcor exige des chèques mensuels postdatés ou des mandats mensuels.**
- Joignez un exemplaire de ce formulaire de deux pages au paiement de vos primes à **votre employeur** pour les régimes des soins médicaux, de voyage et des soins dentaires.
- Consultez le site Web Vestcor.org/maintien-protection pour connaître la durée maximale de maintien de la couverture pendant un congé ou demandez l'information à votre employeur.
- Communiquez avec votre employeur dans la situation suivante si vous vivez un événement de la vie jugé admissible Vestcor.org/adhesion-changement.
- **La garantie facultative pour maladie grave sera automatiquement maintenue.** Si vous souhaitez mettre fin à la couverture ou l'annuler, vous devez appeler l'équipe des garanties facultatives de Croix Bleue Medavie au 1-844-949-3809.

REMARQUE : LE MAINTIEN DE LA COUVERTURE POUR L'ILD ET L'EXONÉRATION DES PRIMES NE SONT PAS DISPONIBLES.

Si vous choisissez d'annuler votre couverture pour certains ou pour la totalité des avantages sociaux :

- Cochez et paraphez les cases de la page 2 correspondant aux avantages que vous ne souhaitez pas maintenir.
- La couverture est suspendue à compter du début de votre congé non payé et elle est rétablie le jour où vous reprenez le travail.
- **La garantie facultative pour maladie grave sera automatiquement maintenue.** Si vous souhaitez mettre fin à la couverture ou l'annuler, vous devez appeler l'équipe des garanties facultatives de Croix Bleue Medavie au 1-844-949-3809.

Si vous choisissez d'annuler votre couverture à tout moment à l'avenir, vous devez en informer Vestcor et votre employeur par écrit. **Si vous annulez votre couverture, vous ne pourrez pas la rétablir avant votre retour au travail.**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec l'équipe des Services aux membres de Vestcor au 1-800-561-4012.

PAGE 2 : PRIMES EXIGÉES

PRIMES EXIGÉES

Type de couverture	À remplir par l'employeur			À remplir par l'employé		
	Montant de la couverture (\$)	Prime mensuelle (\$)	Dernière prime payée (mm/aaaa)	Maintien de la couverture?	Initiales de l'employé	Si oui – montant de prime exigée pour l'employé (\$)
Couverture de base de l'assurance-vie collective et ADMA*				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.		\$
Assurance-vie collective facultative/ADMA				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.		\$
Assurance-vie pour personnes à charge				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.		\$
ADMA – couverture volontaire				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.		\$
Invalidité de longue durée	- S.O. -	- S.O. -	- S.O. -	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> S.O.	- S.O. -	\$ - S.O. -

Les chèques mensuels postdatés ou les mandats mensuels pour maintenir la couverture de l'assurance-vie collective ou de l'ADMA doivent être libellés à l'ordre du ministre des Finances, datés du 1^{er} jour de chaque mois et envoyés à l'adresse suivante :

Paiement total mensuel \$ _____

Vestcor, C.P. 6000, Fredericton (N.-B.) E3B 5H1

Paiement des primes ci-joint pour le(s) mois de : _____

Notes supplémentaires : _____

***IMPORTANT! La couverture de l'assurance-vie collective de base/l'ADMA est obligatoire afin de maintenir la couverture de l'assurance-vie collective facultative, de l'assurance-vie pour personnes à charge ou de l'ADMA volontaire.**

Primes exigées (soins médicaux, voyage et soins dentaires)

Type de couverture	À remplir par l'employeur		À remplir par l'employé		
	Prime mensuelle (\$)	Dernière prime payée (mm/aaaa)	Maintien de la couverture?	Initiales de l'employé	Si oui – montant de prime exigée pour l'employé (\$)
Soins médicaux et voyage			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.		\$
Soins dentaires			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.		\$

Les chèques ou les mandats pour maintenir la couverture des soins médicaux, de voyage ou des soins dentaires doivent être libellés comme l'indique votre employeur, datés du 1^{er} jour de chaque mois et envoyés à votre employeur à l'adresse suivante :

Paiement total mensuel \$ _____

À remplir par l'employeur

Paiement des primes ci-joint pour le(s) mois de : _____

Notes supplémentaires : _____

Signature de l'employeur

Signature de l'employeur : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

Signature de l'employé

La possibilité m'a été offerte de maintenir ou non la couverture des avantages sociaux durant ma période de congé non payé.

Je comprends que toute couverture que je choisis de ne pas maintenir sera suspendue pendant mon congé non payé et sera rétablie au moment de mon retour au travail.

Les chèques retournés pour provisions insuffisantes entraîneront la suspension de la couverture.

Signature de l'employé : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____