



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/Mise en disponibilité

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 et des ententes de partage des coûts, le cas échéant.

Nom : _____ NAS : _____

Employeur : _____ Unité de négociation : _____

Genre de congé : Malade Maternité Mise en disponibilité Autre : _____

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

Début de la mise en disponibilité (jj/mm/aaa) : _____ Fin de la mise en disponibilité—si connue (jj/mm/aaa) : _____

No 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 des pages 2 et 3 correspondant aux avantages que vous souhaitez maintenir.
- Dater et signez la page 3 une fois que vous avez fait vos choix.
- Joignez un exemplaire de ce formulaire de trois pages au paiement de vos primes à **Vestcor** pour les régimes d'assurance-vie collective, d'invalidité de longue durée (ILD) 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 trois 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 les situations suivantes :
 - Si vous vivez un événement de la vie jugé admissible Vestcor.org/adhesion-changement.
 - Si vous devez vous absenter du travail pour plus de quatre mois à cause d'une maladie ou blessure.
- **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 pour certains ou pour la totalité des avantages sociaux :

- Cochez et paraphez les cases des pages 2 et 3 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 couverture prend fin le jour où commence votre mise en disponibilité.
- Vous renoncez à votre droit de soumettre une demande de prestations d'ILD ou d'exonération des primes.
- **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 PENDANT LA PÉRIODE DE PARTAGE DES COÛTS (S'IL Y A LIEU*)

Primes exigées pendant la période de partage des coûts (s'il y a lieu*)

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.		Entièrement payée par l'employeur
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.		\$
ILD (ne peut être maintenue pendant la période de mise en disponibilité)				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.		\$

Les chèques mensuels postdatés ou les mandats mensuels pour maintenir la couverture de l'assurance-vie collective, de l'ADMA ou d'ILD 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 : _____

Date de fin du partage des coûts avec l'employeur (à remplir par l'employeur) : _____

Notes supplémentaires : _____

IMPORTANT!

*Ne remplir cette section que si des ententes de partage des coûts sont en place.

** 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 pendant la période de partage des coûts (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 : _____

Date de fin du partage des coûts avec l'employeur (à remplir par l'employeur) : _____

Notes supplémentaires : _____

PAGE 3 : PRIMES EXIGÉES S'IL N'EXISTE PAS D'ENTENTE DE PARTAGE DES COÛTS

PRIMES EXIGÉES S'IL N'EXISTE PAS D'ENTENTE DE PARTAGE DES COÛTS

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.		\$
ILD (ne peut être maintenue pendant la période de mise en disponibilité)				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.		\$

Les chèques mensuels postdatés ou les mandats mensuels pour maintenir la couverture de l'assurance-vie collective, de l'ADMA ou d'ILD 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 s'il n'existe pas d'entente de partage des coûts (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 ou de mise en disponibilité. 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. Je comprends que toute couverture que je choisis de ne pas maintenir cessera à la date de début de ma disponibilité. Les chèques retournés pour provisions insuffisantes entraîneront la suspension (pour un congé) ou la cessation (pour une mise en disponibilité) de la couverture, le cas échéant.

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