



Maintien de la protection des avantages sociaux (MPAS)

Congé non payé

Pour les infirmières et infirmiers dans les foyers de soins et les employé(e)s de Travail Sécuritaire NB

URGENT—AGISSEZ DÈS MAINTENANT

Vous disposez de 60 jours à compter de la date du début de votre congé non payé pour décider si vous souhaitez maintenir votre couverture pour l'invalidité de longue durée (ILD) pendant cette période, sans quoi votre couverture sera suspendue ou cessera, le cas échéant. Les paiements rétroactifs ne seront pas acceptés.

Il vous incombe, ainsi qu'à votre employeur, de remplir ce formulaire. Votre employeur doit d'abord remplir ses sections afin que vous soyez au courant de la prime totale requise.

Si vous choisissez de maintenir votre couverture d'ILD :

- Cochez « Oui » et paraphez la couverture de l'ILD de la page 2.
- Datez et signez la page 2.
- Envoyez une copie de la page 2 de ce formulaire avec les paiements de vos primes à **Vestcor***. **Vestcor* exige des chèques postdatés mensuels ou des mandats postaux mensuels.**
- 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 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 interrompre ou annuler la couverture, vous devez appeler l'équipe des garanties facultatives de Croix Bleue Medavie au 1-844-949 3809.

Si vous choisissez d'interrompre votre couverture d'ILD :

- Cochez « Non » et paraphez la couverture de l'ILD de la page 2.
- Datez et signez la page 2.
- Envoyez une copie de la page 2 de ce formulaire à **Vestcor*** si vous choisissez d'interrompre votre couverture d'ILD.
- La couverture prendra fin le dernier jour du mois pour lequel la dernière prime a été payée et sera ensuite suspendue. La couverture ne sera rétablie qu'à votre retour au travail.
- Vous renoncez à votre droit de soumettre une demande de prestations d'ILD et/ou d'exonération des primes.
- **La garantie facultative pour maladie grave sera automatiquement maintenue.** Si vous souhaitez interrompre la couverture ou l'annuler, vous devez appeler l'équipe des garanties facultatives de Croix Bleue Medavie au 1-844-949 3809.

Si vous décidez d'annuler le maintien de 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 506-453-2296 ou 1-800-561-4012. L'adresse postale de Vestcor est C.P. 6000, Fredericton (N.-B.) E3B 5H1. Vous pouvez également communiquer avec Vestcor par courrier électronique à l'adresse suivante : info@vestcor.org.**

Maintien de la protection des avantages sociaux (MPAS)

Conge non payé

Pour les infirmières et infirmiers dans les foyers de soins et les employé(e)s de Travail Sécuritaire NB**IMPORTANT! Il vous incombe, ainsi qu'à votre employeur, de remplir ce formulaire. Votre employeur doit d'abord remplir ses sections afin que vous soyez au courant de la prime totale requise.**

Nom : _____ NAS : _____

Employeur : _____ Unité de négociation : _____

Type de congé : Maladie Maternité Autre : _____

Début du congé (JJ/MM/AAAA) : _____ Fin du congé - si connu (JJ/MM/AAAA) : _____

No. de téléphone à privilégier _____ Courriel à privilégier _____
(pendant le congé) : _____ (pendant le congé) : _____**Primes exigées lors du congé non payé (ILD)**

	À remplir par l'employeur			À remplir par l'employé(e)		
	Montant de la couverture (\$)	Prime mensuelle (\$)	Dernière prime payée (MM/AAAA)	Maintien de la couverture?	Initiales de l'employé(e)	Si oui - montant de prime exigé pour l'employé(e) (\$)
Couverture ILD				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Les chèques postdatés mensuels ou les mandats postaux mensuels pour maintenir la couverture 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 : Vestcor - C.P. 6000, Fredericton (N.-B.) E3B 5H1

Paiement total mensuel (\$) _____

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(e)

- La possibilité m'a été offerte de maintenir ou non la couverture ILD durant ma période de congé non payé ou de mise en disponibilité.
- Je comprends que si je choisis de ne pas maintenir la couverture ILD, celle-ci prendra fin le dernier jour du mois pour lequel la dernière prime a été payée et sera ensuite suspendue. La couverture ne sera rétablie qu'à mon retour au travail.
- Les chèques retournés pour provisions insuffisantes entraîneront la suspension de la couverture.

Signature de l'employé(e) : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____