



## Maintien de la protection des avantages sociaux (MPAS) Congé non payé ou Mise en disponibilité

### 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.

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 pour certains ou pour la totalité des avantages sociaux :

- Cochez et paraphez les cases des pages 2-3 et/ou des pages 4-5, selon le cas, correspondant aux avantages sociaux que vous souhaitez maintenir.
- Dated et signez la page 3 et/ou la page 5, selon le cas, une fois que vous avez fait vos choix.
- Envoyez une copie des pages 2-3 et/ou des pages 4-5, selon le cas, de ce formulaire avec les paiements 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 postdatés mensuels ou des mandats postaux mensuels.**
- Envoyez une copie des pages 2-3 et/ou des pages 4-5, selon le cas, de ce formulaire avec les paiements de primes à  **votre employeur (bureau des RH/Services de la paie)** pour les régimes de soins médicaux, d'assurance voyage et de soins dentaires. **Contactez votre employeur pour connaître les modes de paiement applicables.**
- Consultez [Vestcor.org/maintien-protection](https://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 avez un changement dans la vie admissible ([Vestcor.org/adhesion-changement](https://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 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 choisissez d'interrompre votre couverture pour certains ou pour la totalité des avantages sociaux

- Cochez et paraphez les cases des pages 2-3 et/ou des pages 4-5, selon le cas, correspondant aux avantages sociaux que vous souhaitez interrompre.
- Dated et signez la page 3 et/ou la page 5, selon le cas, une fois que vous avez fait vos choix.
- Envoyez une copie des pages 2-3 et/ou des pages 4-5, selon le cas, de ce formulaire à **Vestcor\*** si vous choisissez d'interrompre votre couverture 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).
- Envoyez une copie des pages 2-3 et/ou des pages 4-5, selon le cas, de ce formulaire à  **votre employeur (bureau des RH/Services de la paie)** si vous choisissez d'interrompre votre couverture pour les régimes de soins médicaux, d'assurance voyage et de soins dentaires.
- 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](mailto:info@vestcor.org).**

**IMPORTANT : Les informations transmises par courriel ne sont pas considérées comme protégées si elles ne sont pas cryptées. Si vous souhaitez envoyer ce formulaire par courrier électronique et que vous ne disposez pas d'une méthode de cryptage, veuillez contacter notre bureau afin d'envoyer ce formulaire électroniquement dans un format sécurisé**

**Maintien de la protection des avantages sociaux (MPAS)**

Congé non payé ou Mise en disponibilité

**Avec partage des coûts (par. ex. : congé de maternité)****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 \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale (facultatif) \_\_\_\_\_

Numéro de référence de Vestcor **OU** numéro d'employé \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_

Unité de négociation \_\_\_\_\_

Type de congé :  Maladie  Maternité  Mise en disponibilité  Autre : \_\_\_\_\_

Début du congé (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Fin du congé - si connu (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Début de la mise en disponibilité (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Fin de la mise en disponibilité - si connu (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

No. de téléphone à privilégier (pendant le congé) \_\_\_\_\_

Courriel à privilégier (pendant le congé) \_\_\_\_\_

**Primes exigées pendant la période du partage des coûts (Assurance-vie collective, ADMA et ILD)**

Type de couverture	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) (\$)
Assurance-vie collective de base 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 postdatés mensuels ou les mandats postaux 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<sup>er</sup> jour de chaque mois et envoyés à l'adresse suivante (à remplir par l'employeur) :**

Paiement total mensuel (\$) \_\_\_\_\_

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!** La couverture de l'assurance-vie collective de base/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 du partage des coûts (Soins médicaux, assurance voyage et soins dentaires)**

Type de couverture	À remplir par l'employeur		À remplir par l'employé(e)		
	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) (\$)
Soins médicaux et assurance 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 postdatés mensuels ou les mandats postaux mensuels ou l'autorisation de prélèvement par débit/chèque pour maintenir la couverture des soins médicaux, assurance voyage et soins dentaires doivent être faits selon les instructions de votre employeur, datés du 1<sup>er</sup> de chaque mois, et envoyés à votre employeur à l'adresse (à remplir par l'employeur) :

Paiement total mensuel (\$) \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

**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 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 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 (pour un congé) ou la cessation (pour une mise en disponibilité) de la couverture, le cas échéant

**CONSENTEMENT EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE** : Les renseignements personnels recueillis au moyen du présent formulaire seront utilisés par Vestcor aux fins suivantes : identifier le participant et son employeur; mettre en place le maintien ou la résiliation (le cas échéant) de la couverture offerte au participant par les avantages sociaux et confirmer son admissibilité; retenir le montant approprié du compte bancaire du participant (le cas échéant); communiquer avec le participant ou l'employeur lorsqu'il le faut; et, enfin, s'assurer que le régime d'avantages sociaux est administré dans le respect de ses documents constitutifs. Les renseignements pourraient être communiqués au ministère des Finances et du Conseil du Trésor. Si vous avez des questions concernant la collecte et l'utilisation de ces renseignements, communiquez avec l'équipe des Services aux participants de Vestcor par la poste (C.P. 6000, Fredericton, Nouveau-Brunswick, E3B 5H1), par téléphone (506-453-2296 ou 1-800-561-4012) ou par courrier électronique ([info@vestcor.org](mailto:info@vestcor.org)). Vous pouvez également prendre connaissance de l'énoncé de Vestcor sur la protection des renseignements personnels à l'adresse [vestcor.org/renseignements-personnels](http://vestcor.org/renseignements-personnels).

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

**Maintien de la protection des avantages sociaux (MPAS)**

Congé non payé ou Mise en disponibilité

**Sans partage des coûts****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

Numéro d'assurance sociale (facultatif)

Numéro de référence de Vestcor **OU** numéro d'employé

Employeur

Unité de négociation

Type de congé :  Maladie  Maternité  Mise en disponibilité  Autre : \_\_\_\_\_

Début du congé (JJ/MM/AAAA)

Fin du congé - si connu (JJ/MM/AAAA)

Début de la mise en disponibilité (JJ/MM/AAAA)

Fin de la mise en disponibilité - si connu (JJ/MM/AAAA)

No. de téléphone à privilégier (pendant le congé)

Courriel à privilégier (pendant le congé)

**Primes exigées pendant la période du partage des coûts (Assurance-vie collective, ADMA et ILD)**

Type de couverture	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) (\$)
Assurance-vie collective de base 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 postdatés mensuels ou les mandats postaux 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<sup>er</sup> jour de chaque mois et envoyés à l'adresse suivante (à remplir par l'employeur) :

Paiement total mensuel (\$) \_\_\_\_\_

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

Notes supplémentaires : \_\_\_\_\_

**\*IMPORTANT!** La couverture de l'assurance-vie collective de base/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 lorsqu'il n'y a pas d'entente de partage des coûts en place (Soins médicaux, assurance voyage et soins dentaires)**

Type de couverture	À remplir par l'employeur		À remplir par l'employé(e)		
	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) (\$)
Soins médicaux et assurance 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 postdatés mensuels ou les mandats postaux mensuels ou l'autorisation de prélèvement par débit/chèque pour maintenir la couverture des soins médicaux, assurance voyage et soins dentaires doivent être faits selon les instructions de votre employeur, datés du 1<sup>er</sup> de chaque mois, et envoyés à votre employeur à l'adresse (à remplir par l'employeur) :**

**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 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 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 (pour un congé) ou la cessation (pour une mise en disponibilité) de la couverture, le cas échéant

**CONSENTEMENT EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE :** Les renseignements personnels recueillis au moyen du présent formulaire seront utilisés par Vestcor aux fins suivantes : identifier le participant et son employeur; mettre en place le maintien ou la résiliation (le cas échéant) de la couverture offerte au participant par les avantages sociaux et confirmer son admissibilité; retenir le montant approprié du compte bancaire du participant (le cas échéant); communiquer avec le participant ou l'employeur lorsqu'il le faut; et, enfin, s'assurer que le régime d'avantages sociaux est administré dans le respect de ses documents constitutifs. Les renseignements pourraient être communiqués au ministère des Finances et du Conseil du Trésor. Si vous avez des questions concernant la collecte et l'utilisation de ces renseignements, communiquez avec l'équipe des Services aux participants de Vestcor par la poste (C.P. 6000, Fredericton, Nouveau-Brunswick, E3B 5H1), par téléphone (506-453-2296 ou 1-800-561-4012) ou par courrier électronique ([info@vestcor.org](mailto:info@vestcor.org)). Vous pouvez également prendre connaissance de l'énoncé de Vestcor sur la protection des renseignements personnels à l'adresse [vestcor.org/renseignements-personnels](http://vestcor.org/renseignements-personnels).

**Signature de l'employé(e) : \_\_\_\_\_ Date (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_**