

1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

N° du groupe			N° de certificat			N° d'assurance sociale		
Nom de la personne adhérente					Prénom			
Date de naissance		N° de téléphone au travail		N° de téléphone à la résidence				
année	mois	jour	()	Poste	()			

2 INTERRUPTION TEMPORAIRE DE TRAVAIL

• Par interruption temporaire de travail, on entend tout congé sans solde, mise à pied ou toute autre absence sans rémunération.

- Congé sans solde Prolongation d'un congé sans solde Mise à pied
- Congé de maternité (sans rémunération) Congé parental Autre _____

Date du début de l'interruption du travail

année	mois	jour
-------	------	------

VOUS DEVEZ CHOISIR UNE DES OPTIONS SUIVANTES

- a) Je désire **suspendre toutes mes garanties (*)**
La personne adhérente qui opte pour cette option doit s'assurer d'être protégée par un autre contrat comportant une protection d'assurance médicaments afin de se conformer à la *Loi sur l'assurance médicaments* du Québec.
- b) Je désire **maintenir uniquement l'assurance maladie comportant la protection pour les médicaments (*)**
La personne adhérente qui choisit de maintenir seulement la protection d'assurance maladie se conforme à la *Loi sur l'assurance médicaments* du Québec.
- c) Je désire **maintenir toutes les garanties**
La personne adhérente qui maintient son assurance salaire durant un congé sans solde se protège contre l'invalidité qui débute durant son congé, et ce, à partir de la date prévue de son retour au travail. Le délai de carence s'applique à compter de cette dernière date.

***N.B.: AU QUÉBEC, UNE PERSONNE ADHÉRENTE EN INTERRUPTION TEMPORAIRE DE TRAVAIL A L'OBLIGATION DE MAINTENIR SA GARANTIE POUR LES MÉDICAMENTS DANS UN CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE. L'ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE ET LA DURÉE DE LA PROTECTION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE EN INTERRUPTION TEMPORAIRE DE TRAVAIL SONT DÉFINIES AU CONTRAT D'ASSURANCE.**

Pour toutes autres circonstances concernant le choix du maintien des protections veuillez expliquer :

3 SIGNATURE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

Je demande à mon employeur d'indiquer mon choix à SSQ dans les délais prévus. (*)

année mois jour

--	--	--

Date

Signature de la personne adhérente

*** Mon choix doit être fait au début de l'interruption temporaire de travail ou au plus tard 30 jours après l'événement.**

4 RÉSERVÉ À L'EMPLOYEUR

AVIS DE DÉPART

Date effective de la retraite

année	mois	jour
-------	------	------

RETRAITE* AUTRE : _____

Date effective

année	mois	jour
-------	------	------

Date du départ

année	mois	jour
-------	------	------

DÉMISSION

* Le départ à la retraite est-il consécutif à une invalidité actuelle?

oui non

Si oui, date de début de l'invalidité

année	mois	jour
-------	------	------

AVIS DE RETOUR AU TRAVAIL (Veuillez indiquer à la section 2 l'option qui a été choisie durant l'interruption de travail)

ABSENCE DUE À: CONGÉ SANS SOLDE PROLONGATION D'UN CONGÉ SANS SOLDE MISE À PIED CONGÉ DE MATERNITÉ AUTRE (précisez) _____

Date du début de l'absence

année	mois	jour
-------	------	------

Date de retour au travail

année	mois	jour
-------	------	------

5 SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et complets.

année	mois	jour	Nom de l'organisme	Numéro d'établissement ou de ministère
			Signature de l'employeur	N° de téléphone
Date				N° poste ou local