

Formulaire de refus temporaire des garanties pendant un congé de maternité / paternité

Le présent formulaire doit être utilisé lorsqu'un membre du personnel qui commence son congé de maternité / paternité choisit de refuser le maintien de ses garanties d'assurance collective pendant son congé de maternité / paternité. Ce droit de refus peut être exercé :

- pour toute la durée du congé de maternité / paternité (le refus ne peut porter sur une partie seulement du congé en question);
- **pour toutes les garanties pour lesquelles le membre du personnel paie actuellement une partie de la prime;**
- dans la mesure où le formulaire de refus (le présent formulaire dûment rempli) est reçu à l'Empire Vie au plus tard dans les 31 jours suivant le début du congé de maternité / paternité.

Nom du membre du personnel :		Numéro de police :	
Numéro de certificat :		Numéro de division :	
Premier jour du congé de maternité / paternité :	__/__/____	Dernier jour du congé de maternité / paternité :	__/__/____
Date prévue de retour au travail :	__/__/____		

Congé de maternité / paternité - Refus de garanties

Dans le cadre du refus de toute garantie en vertu du présent régime d'assurance collective, je comprends que j'ai le droit de maintenir mes garanties d'assurance collective en vigueur tout au long de mon congé de maternité / paternité, mais j'ai choisi de ne pas exercer mon droit de maintenir ces garanties en vigueur tout au long de mon congé de maternité / paternité.

Le régime d'assurance collective de mon employeur auprès de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie et l'assurance que procure ce régime m'ont été expliqués intégralement.

Je comprends que je renonce à tous mes droits et privilèges pour ce qui est d'une telle assurance (tel qu'il est indiqué ci-dessous), **pendant toute la durée de mon congé de maternité / paternité.**

Je comprends que si je veux adhérer de nouveau à ce régime à une date **autre que la date prévue de retour au travail** (tel qu'il est indiqué ci-dessus), je devrai fournir une preuve d'assurabilité à mes propres frais.

Renonciation à des protections spécifiques - Vous devez renoncer à TOUTES les protections pour lesquelles vous payez une prime.

- Je renonce à l'assurance vie de base pour toute la durée de mon congé de maternité / paternité.
- Je renonce à l'assurance décès et mutilation accidentels pour toute la durée de mon congé de maternité / paternité.
- Je renonce à l'assurance vie des personnes à charge pour toute la durée de mon congé de maternité / paternité.
- Je renonce à l'assurance à indemnités hebdomadaires pour toute la durée de mon congé de maternité / paternité.
- Je renonce à l'assurance invalidité de longue durée pour toute la durée de mon congé de maternité / paternité.
- Je renonce à l'assurance maladie complémentaire (AMC) pour moi et mes personnes à charge, le cas échéant, pour toute la durée de mon congé de maternité / paternité. (Conformément à la législation provinciale, les résidents du Québec doivent maintenir en vigueur leur garantie AMC, laquelle comprend la protection pour les médicaments.)
- Je renonce à l'assurance dentaire pour moi et mes personnes à charge, le cas échéant, pour toute la durée de mon congé de maternité / paternité.
- Je renonce à mon assurance vie facultative pour toute la durée de mon congé de maternité / paternité.
- Je renonce à l'assurance vie facultative de conjoint pour toute la durée de mon congé de maternité / paternité.

Pour ce qui est du refus de l'une ou l'autre ou de la totalité des garanties en vertu de ce régime d'assurance collective, je comprends très bien les droits à la protection auxquels je renonce, tel qu'il est indiqué ci-dessus.

Signature du membre du personnel : X _____ Date (jj/mmm/aa) : _____