



AVIS DE MOUVEMENT

NOM DE L'EMPLOYEUR :	N ^o DE POLICE :	N ^o D'EMPLOYEUR :
----------------------	----------------------------	------------------------------

Codes : * **Au Québec, le maintien de la garantie d'assurance maladie de base est obligatoire en vertu de la Loi sur l'assurance médicament (L.R.Q. A-29.01) et ce, pour la période maximale prévue au contrat, si tel est le cas.**

** **Indiquer la date du lendemain du dernier jour travaillé (colonne date du changement) et la date prévue du retour (colonne précision).**

*** **Les employés résidant à l'extérieur de la province du Québec ne conservent aucune garantie.**

Veillez noter que la limite d'un changement rétroactif sera de 60 jours.

Assurez-vous de nous faire parvenir vos changements avant le 21 du mois.

<u>Code</u>	<u>Raison</u>	<u>Précision</u>
1	Adhésion (nouvel employé)	Joindre la fiche d'adhésion signée par l'employé (original par la poste)
2	Changement de bénéficiaire	Joindre le formulaire requis, signé par l'employé (original par la poste)
3	Changement de protection	Indiquer la nouvelle protection (joindre une fiche d'adhésion si nécessaire)
4	Changement de salaire	Nouveau salaire annuel
5	Congé de maternité, paternité ou parental, avec participation	Conserver toutes les garanties **
6	Congé de maternité, paternité ou parental, sans participation	* Conserver la garantie d'assurance maladie de base seulement ** / ***
7	Congé sans solde avec participation	Conserver toutes les garanties **
8	Congé sans solde sans participation	* Conserver la garantie d'assurance maladie de base seulement ** / ***
9	Décès	
10	Départ définitif	Indiquer la date du lendemain du dernier jour travaillé
11	Invalidité, maladie ou retrait préventif (grossesse)	Conserver toutes les garanties **
12	Mise à pied temporaire avec participation (retour prévu)	Conserver toutes les garanties sauf l'assurance invalidité **
13	Mise à pied temporaire avec participation (retour prévu)	Conserver toutes les garanties (seulement si clause de rappel) **
14	Mise à pied temporaire sans participation (retour prévu)	* Conserver la garantie d'assurance maladie de base seulement ** / ***
15	Retour au travail	Suite à une mise à pied, accident de travail, invalidité, congé, etc.
16	Retraite	
17	Autre	Précisez

Nom de l'adhérent(e)	Code	Date du changement	Précision

Signature de l'administrateur du régime (obligatoire)

Signature

Date

Nom en lettres moulées

()

No de téléphone