

1- Renseignements sur l'identifié du participant

Nom de l'employeur	Matricule	NAS			
Nom	Prénom	Masculin	Féminin	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
Adresse du domicile			Numéros de téléphone		
Numéro	Rue	Appartement	Courriel	Domicile	
Ville		Province	Code postal	Travail	

2- Calcul des primes

 Je désire

Période du congé		Salaire annuel (aux fins d'assurance)	
Date de début (aaaa-mm-jj)	Date de fin (aaaa-mm-jj)	Salaire brut	Salaire net

Type de régime	# de paies	Taux(1)	Prime
Assurance vie	<input type="checkbox"/> X	0,1331 \$ / 1 000 \$ brut	<input type="text"/>
Assurance mutilation	<input type="checkbox"/> X	0,0025 \$ / 1 000 \$ brut	<input type="text"/>
Assurance invalidité court terme	<input type="checkbox"/> X	0,037 \$ / 1 000 \$ brut	<input type="text"/>
Assurance invalidité long terme (employés moins de 65 ans)	<input type="checkbox"/> X	1,286 \$ / 1 000 \$ net	<input type="text"/>
Assurance accident-maladie (obligatoire) - Individuelle	<input type="checkbox"/> X	85,00 \$	<input type="text"/>
Assurance accident-maladie (obligatoire) - Monoparentale	<input type="checkbox"/> X	119,02 \$	<input type="text"/>
Assurance accident-maladie (obligatoire) - Couple	<input type="checkbox"/> X	170,04 \$	<input type="text"/>
Assurance accident-maladie (obligatoire) - Familiale	<input type="checkbox"/> X	204,05 \$	<input type="text"/>
Assurance vie facultative* :			
Participant	<input type="checkbox"/> X	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conjoint	<input type="checkbox"/> X	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfant	<input type="checkbox"/> X	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 (1) Taux en vigueur par cycle de paie du 1^{er} juin 2023 au 31 mai 2024 incluant la taxe de 9%.

Total de la prime:

* Voir le dépliant pour les taux.

3- Signatures

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature de l'employé	Date
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature - Service des ressources humaines	Date

4- Retourner le formulaire au Service des ressources humaines

 À défaut de recevoir ledit formulaire d'ici le, nous considérerons que vous avez renoncé à maintenir votre participation aux assurances.

Date (aaaa-mm-jj)