

MATERNITY/PARENTAL LEAVE OF ABSENCE – OPTING OUT OF COVERAGE

CONGÉ DE MATERNITÉ/CONGÉ PARENTAL – REFUS DE LA GARANTIE



Insurance
Assurances

EMPLOYER SECTION (TO BE COMPLETED BY EMPLOYER) / SECTION DE L'EMPLOYEUR (À ÊTRE REMPLI PAR L'EMPLOYEUR)

NAME OF EMPLOYER / NOM DE L'EMPLOYEUR	RBCI POLICY NO. / N° DE POLICE DE RBCI	BILLING DIVISION NO. / N° DE LA DIVISION DE FACTURATION	PLAN MEMBER ID NO / N° D'IDENT. DU MEMBRE DU RÉGIME
OCCUPATION/TITLE / OCCUPATION/TITRE	TERMINATION DATE / DATE DE TERMINAISON MM / MM DD / JJ YYYY / AAAA	EARNINGS / SALAIRE _____	☐ H ☐ WK / HD ☐ M ☐ A # HOURS / # D'HEURES

EMPLOYEE SECTION (TO BE COMPLETED BY EMPLOYEE) / SECTION DE L'EMPLOYÉ (À ÊTRE REMPLI PAR L'EMPLOYÉ)

PLAN MEMBER NAME / NOM DU MEMBRE DU RÉGIME	TERMINATION DATE / DATE DE TERMINAISON	GENDER/SEXE
LAST / NOM DE FAMILIE FIRST / PRÉNOM INITIAL	MM / MM DD / JJ YYYY / AAAA	

I understand that if I refuse any coverage for which I pay all or part of the premium, I am refusing all coverage under my employer's plan, including any coverage paid for by my employer.
Je comprends que si je refuse n'importe quelle couverture pour laquelle je paie tout ou en parti de la prime, je refuse toute couverture du régime de mon employé, y compris tous les assurance qui sont payées par mon employeur.

I understand that in the event of any loss while on maternity/parental leave, I and/or my dependants will not be covered by these coverages.
I and/or my dependants also understand that these coverages will be subject to pre-existing conditions and any other applicable limitations upon reinstatement.
Je comprends que dans la cas de toute perte pendant le congé de maternité/parental, je et/ou mes personnes à charge ne sera pas couvert par ces garanties.
Je et/ou mes personnes à charge comprend aussi que ces garanties seront soumises aux états préexistants et toutes autres limitations applicables à la réintégration.

For Quebec residents only: I confirm that I and my dependents already have prescription drug coverage through my spouse's plan or another private plan (please provide proof of other prescription drug coverage).

Pour les résidents du Québec seulement : Je confirme que moi et mes personnes à charge bénéficions déjà d'une assurance médicaments dans le cadre du régime de mon conjoint ou d'un autre régime privé (veuillez fournir une preuve d'un autre régime d'assurance médicaments).

Employee's Signature / Signature de l'employé

Date (MM/DD/YYYY / MM/JJ/AAAA)

Note to Plan Administrator: Please keep this form on file for your reference. When the employee returns from leave, they will need to re-enroll for coverage **within 61 days**.

Note à l'administrateur du régime : Veuillez conserver ce formulaire au dossier pour référence. Lorsque l'employé(e) revient de son congé de maternité/parentale, elle/il devra s'inscrire de nouveau pour bénéficier de sa couverture **dans les 61 jours**.