

# ENTENTE

## Couverture pendant un congé de maladie / invalidité

Sous réserve des conditions et des modalités prévues dans les Lignes directrices relatives aux assurances collectives et dans la police d'assurance en vigueur, la couverture des assurances collectives est maintenue durant un congé de maladie si l'employé en fait la demande en complétant et en signant le présent formulaire.

Je m'engage à payer ma part des primes d'assurance collective pendant mon congé de maladie au montant de \_\_\_\_\_ \$, selon les Lignes directrices relatives aux assurances collectives.

Si les primes augmentent pendant mon absence, je m'engage à payer la différence.

Je comprends que mon employeur sera en droit de mettre fin à ma couverture d'assurance collective, conformément aux Lignes directrices relatives aux assurances collectives en vigueur, et ceci, dans les circonstances suivantes :

1. Si je cesse de payer mes primes,
2. Si je ne fais pas de demande de prestations d'invalidité auprès de l'assureur si l'absence se prolonge plus de quatre (4) mois,
3. Si ma demande de prestations d'invalidité de longue est refusée par l'assureur et je ne retourne pas au travail.

Je comprends que la présente entente prendra fin au plus tard vingt-huit (28) mois suivant la date du début de mon congé de maladie indiquée ci-dessous.

Mode de paiement :	<input type="checkbox"/> Chèque	<input type="checkbox"/> Prélèvement automatique
Fréquence :	<input type="checkbox"/> au 2 semaines	<input type="checkbox"/> Mensuel
Paieement débutant le :	_____	

Date de début du congé de maladie: \_\_\_\_\_

Date prévue du retour : \_\_\_\_\_

Date d'expiration de la présente entente :  
(max. 28 mois après la date du début du congé de maladie) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom de l'employé

\_\_\_\_\_  
Nom de la direction

\_\_\_\_\_  
Numéro d'identité GWL:

\_\_\_\_\_  
Nom du Service de garde/Centre éducatif

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employé

\_\_\_\_\_  
Signature de la direction

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Date

Mise à jour : Janvier 2018

**L'EMPLOYEUR doit faire parvenir ce formulaire à Grandir ensemble au plus tard à la 8<sup>e</sup> semaine suivant la date de début du congé d'absence avec un courriel demandant l'obtention des formulaires requis pour faire une « Demande de prestations d'invalidité de longue durée » auprès de l'assureur.**