

EXEMPLE DE LETTRE – INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE/ CONGÉ DE MALADIE PROLONGÉ

DATE

NOTE: Remplacer les sections en **JAUNE**

**PAR POSTE RECOMMANDÉE
CONFIDENTIEL**

MONSIEUR/MADAME NOM

ADRESSE

Cher/Chère **NOM**,

**Objet: Le maintien de la couverture des assurances collectives pendant un congé de maladie/
d'invalidité prolongé**

Nous vous écrivons aujourd'hui en lien avec notre entente relative au maintien de votre couverture pendant votre congé de maladie prolongé que vous avez signé(e) le **DATE** ainsi que les Lignes directrices relatives aux assurances collectives.

Comme vous le savez, vous êtes en congé pour raison de maladie depuis **DATE**. Conformément aux Lignes directrices, vous avez avisé **NOM DE L'EMPLOYEUR** que vous désiriez maintenir votre couverture d'assurance collective pendant votre congé et à cette fin, vous avez signé le formulaire d'engagement « *Entente - Couverture pendant un congé de maladie/invalidité* ». Par la suite, vous avez présenté une demande de prestations d'invalidité de longue durée auprès de La Great-West et votre demande a été approuvée à compter du **DATE-date sur la lettre de GWL**. Vous continuerez à recevoir des prestations d'invalidité de longue durée tant que l'assureur jugera que vous rencontrez la définition d'invalidité aux termes de la police d'assurance.

Nous vous informons par la présente que lorsque vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée, les primes d'assurance-vie, de mort ou mutilation accidentelles et d'invalidité de longue durée sont exonérées. Par conséquent, le montant de votre part des primes des assurances collectives a diminué de **MONTANT\$ à MONTANT\$** depuis le **DATE** et l'Employeur a donc réduit vos paiements mensuels préautorisés à compter de **DATE**. **L'Employeur** vous a également remboursé le trop-perçu pour **le/les** mois de **MOIS (NOTE : biffer la dernière phrase si elle ne s'applique pas en l'espèce)**

Par ailleurs, nous profitons de l'occasion pour vous rappeler que sous réserve des conditions et des modalités prévues dans l'Entente pour la couverture durant les premiers vingt-huit (28) mois du congé de maladie, les Lignes directrices et la police d'assurance collective en vigueur, votre couverture d'assurance des soins médicaux supplémentaires et des soins dentaires sera maintenue pendant les premiers vingt-huit (28) mois de votre congé. À défaut des modalités qui précèdent, **L'EMPLOYEUR** sera en droit de mettre fin à votre couverture d'assurances collectives sans préavis.

Il vaut de vous rappeler que si vous cessez d'être admissible aux prestations d'invalidité de longue durée et que vous refusez de retourner au travail avec ou sans restrictions médicales, **L'EMPLOYEUR** sera en droit de prendre les mesures qui s'imposent dans les circonstances, incluant mettre fin votre couverture d'assurance collective.

Il est également important de souligner, à titre de rappel, que votre couverture des soins médicaux supplémentaires et des soins dentaires pourrait également prendre fin si **L'EMPLOYEUR** cessait d'être un centre participant au régime d'assurance collective, à son entière discrétion et sans préavis, conformément à la politique de **L'EMPLOYEUR** et aux Lignes directrices.

Nous vous souhaitons un prompt rétablissement et nous vous invitons à communiquer avec nous si vous avez des questions.

Veillez agréer nos sincères salutations.

NOM DE LA DIRECTION

TITRE