Desjardins Assurances
Vie • Santé • Retraite

C. P. 3000
Lévis (Québec) G6V 9X8
desjardinsassurancevie.com

DEMANDE DE PROLONGATION DE GARANTIES LORS D'UNE CESSATION D'EMPLOI

IMPORTANT

Ce formulaire doit être rempli uniquement pour demander une prolongation de garanties et ce, après le délai de préavis légal. Le délai de préavis légal ainsi que l'obligation de l'employeur quant au maintien des garanties pendant ce délai varient d'une province à l'autre selon le nombre d'années de service de l'adhérent au moment de la cessation d'emploi. Veuillez vous référer à la législation applicable dans votre province. Sous réserve de l'approbation de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances, toutes les garanties actuellement détenues par l'adhérent seront prolongées, à l'exception des garanties d'assurance salaire de courte durée et d'assurance salaire de longue durée. Le preneur doit informer l'adhérent que :

1) l'assurance n'est maintenue en vigueur que si le contrat demeure en vigueur et que les primes applicables sont versées à l'assureur;
2) aucune exonération de primes n'est applicable aux garanties maintenues en vigueur;
3) l'assurance se termine lorsque l'adhérent devient couvert à titre d'assuré principal en vertu d'une autre assurance collective.

IDENTIFICATION DU PRENEUR – Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom du preneur	N° de contrat

ADHÉRENTS DONT L'EMPLOI A PRIS FIN

Nom	N° de certificat	Date de cessation d'emploi (incluant le délai de préavis légal) AAAA MM JJ	Date de fin de prolongation AAAA MM JJ
Prénom	L'employé est-il présentement invalide? ☐ Oui ☐ Non		
Nom	N° de certificat	Date de cessation d'emploi (incluant le délai de préavis légal) AAAA MM JJ	Date de fin de prolongation AAAA MM JJ
Prénom	L'employé est-il présentement invalide? ☐ Oui ☐ Non		
Nom	N° de certificat	Date de cessation d'emploi (incluant le délai de préavis légal) AAAA MM JJ	Date de fin de prolongation AAAA MM JJ
Prénom	L'employé est-il présentement invalide? ☐ Oui ☐ Non		
Nom	N° de certificat	Date de cessation d'emploi (incluant le délai de préavis légal) AAAA MM JJ	Date de fin de prolongation AAAA MM JJ
Prénom	L'employé est-il présentement invalide? ☐ Oui ☐ Non		
Nom	N° de certificat	Date de cessation d'emploi (incluant le délai de préavis légal) AAAA MM JJ	Date de fin de prolongation AAAA MM JJ
Prénom	L'employé est-il présentement invalide? ☐ Oui ☐ Non		
Nom	N° de certificat	Date de cessation d'emploi (incluant le délai de préavis légal) AAAA MM JJ	Date de fin de prolongation AAAA MM JJ
Prénom	L'employé est-il présentement invalide? ☐ Oui ☐ Non		
Nom	N° de certificat	Date de cessation d'emploi (incluant le délai de préavis légal) AAAA MM JJ	Date de fin de prolongation AAAA MM JJ
Prénom	L'employé est-il présentement invalide? ☐ Oui ☐ Non		
Nom	N° de certificat	Date de cessation d'emploi (incluant le délai de préavis légal) AAAA MM JJ	Date de fin de prolongation AAAA MM JJ
Prénom	L'employé est-il présentement invalide? ☐ Oui ☐ Non		

DÉCLARATION

Je déclare que les renseignements fournis sont complets et véridiques.

Signature de la personne autorisée : **Date :**

COMMENTAIRES

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

IMPRIMER RÉINITIALISER