

ENTENTE

Couverture pendant un congé de maladie/invalidité, CSPAAT ou autres sources

Programme d'assurance collective - Desjardins Assurances - Police 440303

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 d'assurance collective 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.

Mode de paiement :	<input type="checkbox"/> Prélèvement automatique	<input type="checkbox"/> Par chèque
Fréquence :	<input type="checkbox"/> Aux 2 semaines	<input type="checkbox"/> Au mois
Paiement débutant le :	_____	

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

Je comprends que mon employeur pourrait 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 ou si ma demande de prestations d'invalidité de longue est refusée par l'assureur et je ne retourne pas au travail.

Dans ces deux cas, la couverture d'invalidité de longue durée se terminera à la date à laquelle les prestations auraient commencé (soit quatre (4) mois suivant la date d'invalidité) et les autres garanties se termineront trente et un (**31**) jours suivant la date à laquelle les prestations auraient commencé.

Je comprends que si je bénéficie des prestations de la CSPAAT (Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail) ou d'une autre source, je dois soumettre une réclamation d'assurance salaire de longue durée et d'exonération des primes pour l'assurance-vie à Desjardins. L'assureur pourrait terminer les garanties douze (**12**) mois suivant la date d'invalidité si je ne fais pas cette demande.

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.

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 l'employeur

Signature de l'employé

Signature de l'employeur

Date

Date

Mise à jour - Février 2021

L'EMPLOYEUR doit faire parvenir ce formulaire à Grandir ensemble au plus tard à la 8^e 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.