

## EXEMPLE DE LETTRE

**Mise en garde :** Tel que stipulé dans les lignes directrices à l'intention des employeurs, l'employeur est responsable d'obtenir les conseils juridiques appropriés selon les circonstances notamment avant de mettre fin à toute couverture d'assurance collective

### INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE/ CONGÉ DE MALADIE PROLONGÉ Demande APPROUVÉE par Desjardins

Date

NOTE: Remplacer les sections en JAUNE

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, de CSPAAT, d'assurance automobile ou d'autres sources**

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 Desjardins Assurances et votre demande a été approuvée à compter du **date (date sur la lettre de Desjardins)**. 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'assurance salaire 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. **Nom de l'employeur** vous a également remboursé le trop-perçu pour les mois applicables. **(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 et des soins dentaires sera maintenue pendant les premiers vingt-huit (28) mois de votre congé de maladie. À défaut des modalités qui précèdent, **nom de l'employeur** mettra fin à votre couverture d'assurances collectives le **date (24 mois suivant la date du début des prestations par l'assureur)**.

Il est également important de souligner, à titre de rappel, que votre couverture des soins médicaux et des soins dentaires pourrait également prendre fin si **nom de 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 **nom 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