

Régime C

Entente - Couverture pendant un congé de maladie, 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. L'employé doit compléter et signer le présent formulaire. L'employé doit payer sa portion de ses primes à l'employeur selon la répartition établie par l'employeur.

Je m'engage à payer ma part des primes d'assurance collective pendant mon congé de maladie au montant de _____ \$.

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 la circonstance suivante :

- Si je cesse de payer mes primes.

Je comprends que si je reçois des prestations de la part de la CSPAAT (Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail) ou d'une autre source, je dois faire une demande d'exonération des primes d'assurance vie avec Desjardins. L'assureur pourra terminer la couverture **douze (12) mois** suivant la date d'invalidité si cette demande n'est pas faite.

Je comprends que la présente entente prendra fin au plus tard à la date prévue du retour au travail de mon congé de maladie ou à la date de fin du contrat, soit la première éventualité telle qu'indiquée ci-dessous.

Date de début du congé de maladie: _____

Date prévue du retour : _____

Date d'expiration de la présente entente : _____
(Maximum : date de fin du contrat à durée déterminée)

Nom de l'employé

Nom de l'employeur

Signature de l'employé

Signature de l'employeur

Date

Date