

Régime A et B - 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

Employé N'A PAS FAIT la demande ILD

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, CSPAAT ou autres sources* ».

Tel qu'indiqué dans les lignes directrices à l'intention des employés, si la réclamation d'assurance salaire d'invalidité de longue durée n'est pas faite auprès de l'assureur, la couverture se termine **retroactivement** aux dates suivantes :

Assurance salaire de longue durée : **DATE**

(à la date à laquelle les prestations auraient commencé si la réclamation avait été acceptée)

Toutes les autres garanties : **DATE**

(31 jours de la date à laquelle les prestations auraient commencé si la réclamation avait été acceptée)

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