



Les services à l'enfance

Grandir ensemble

LIGNES DIRECTRICES

Régime C

**À l'intention des EMPLOYÉS
participant au régime d'assurance collective
des Services à l'enfance Grandir ensemble
assuré par Desjardins Assurances
Numéro de contrat 440303**

Les services à l'enfance Grandir ensemble

Téléphone: 613 789-3020 ou 800 981-8383 (Ontario) • Télécopieur: 613 789-3022
363, chemin Coventry, bureau 110, Ottawa (Ontario) K1K 2C5
www.grandirensemble.ca

Le présent guide appartient à l'organisme ***Les services à l'enfance Grandir ensemble***.
Toute reproduction ou diffusion, qu'elle soit partielle ou complète,
sans la permission écrite de l'organisme est interdite.

À noter que dans l'éventualité d'un conflit entre les lignes directrices et
le contrat de Desjardins Assurances ou en l'absence de directives,
le contrat de Desjardins Assurances a préséance.

Le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Table des matières

Lexique	4
Coordonnées	5
Introduction	6
Admissibilité	7
Employés de 65 ans et plus résidant au Québec	10
Formulaire d'adhésion	10
Formulaire de modifications	12
Modification de la désignation de bénéficiaire révocable	14
Changement de statut	14
Cessation d'emploi et protection d'assurance collective	14
Couverture pendant un congé de maternité ou congé parental	15
Couverture pendant un congé sans solde	16
Transformation de l'assurance-vie lors d'une cessation d'emploi	16
Congé de maladie, CSPAAT ou autres sources	16
Comment faire parvenir les réclamations à Desjardins Assurances	17
Garanties imposables	17

Lexique

Desjardins	Desjardins Assurances
Les services à l'enfance Grandir ensemble	Grandir ensemble et/ou administrateur du régime
Employeur participant	Tout employeur qui a signé une entente de service avec Grandir ensemble et qui participe au régime d'assurance collective. Le terme employeur est également utilisé.
Employé	L'employé d'un employeur participant, qui réside au Canada, qui est assujéti à un contrat d'emploi à durée déterminée d'une durée minimale de dix (10) mois et dont les heures de travail hebdomadaires normales sont de vingt (20) heures ou plus, est admissible au régime. Le terme adhérent/participant est également utilisé sur certains formulaires pour désigner l'employé.
Conjoint de fait	La personne qui habite avec le salarié dans une relation de nature conjugale dès la première journée de cohabitation.
Enfant	<p>La personne qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui donne droit à des prestations, n'a pas de conjoint et dépend du soutien financier de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent pour subvenir à ses besoins. Il s'agit d'un enfant naturel de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent ou d'un enfant adopté. Cet enfant :</p> <ol style="list-style-type: none">1) a moins de 22 ans ;2) a moins de 26 ans, fréquente à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, a un établissement d'enseignement ; <p>ou</p> <ol style="list-style-type: none">3) est majeur et atteint d'une incapacité en raison d'une invalidité physique ou mentale survenue lorsqu'il répondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus. <p>L'enfant est considéré atteint d'incapacité s'il ne peut exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison de son invalidité physique ou mentale, il dépend entièrement du soutien financier de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent pour subvenir à ses besoins. De plus, il doit être domicilié chez l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent qui exercerait l'autorité parentale ou détiendrait la tutelle légale si cet enfant était mineur.</p>
Signature de l'employeur	Désigne toute personne autorisée par l'employeur à signer les documents concernant l'assurance collective.

Coordonnées

Garanties - Desjardins

Centre contact avec la clientèle



1 800 463-7843



www.desjardinsassurancevie.com/adhérent



Desjardins Assurances
C.P. 3950
Lévis (Québec) G6V 8C6

Transformation d'assurance-vie – Conseillère en assurance collective

Jacinthe Choquet, Conseillère en assurance collective



613 833-9170



jchoquet@jcbenefits.ca

Votre employeur

L'employé a la responsabilité de fournir toutes informations reliées à la gestion de son dossier à son employeur.

Introduction

À titre d'administrateur du régime d'assurance collective assuré par Desjardins Assurance, il nous fait plaisir de vous compter comme employé participant. Ce document fournit notamment les informations relatives aux critères d'admissibilité, au formulaire d'adhésion, aux procédures à suivre pour effectuer des changements à la couverture d'assurance collective, aux réclamations, aux prolongations des garanties pendant les absences et plusieurs autres informations. À noter que dans l'éventualité d'un conflit entre les présentes lignes directrices et le contrat de Desjardins Assurances ou en l'absence de directives, le contrat de Desjardins Assurances a préséance.

Le livret intitulé *Votre régime d'assurance collective* contient une description de la couverture d'assurance et décrit les garanties prévues par le contrat collectif établi par Desjardins. L'employé peut le consulter pour obtenir des informations concernant les protections ainsi que les modalités administratives que les participants se doivent de respecter. Si des précisions, au sujet des couvertures, s'avèrent nécessaires, l'employé doit communiquer avec le centre contact avec la clientèle de Desjardins Assurances aux coordonnées figurant dans le présent document.

L'employeur est responsable de percevoir la portion des primes payables par leur employé qu'il soit actif ou non au travail, notamment en congé de maternité, congé de maladie ou tout autre congé.

Admissibilité

Les employés qui résident au Canada et qui sont assujettis à un contrat d'emploi à durée déterminée minimale de 10 mois et dont les heures de travail hebdomadaires normales sont de 20 heures ou plus, sont admissibles au régime.

Tous les employés admissibles **doivent** adhérer au régime d'assurance collective en complétant le « *Formulaire d'adhésion* ». L'employeur doit acheminer le formulaire d'adhésion dûment rempli et signé à Grandir ensemble **quinze (15) jours** avant la date d'admissibilité. À la suite de l'adhésion, l'information de l'assureur est communiquée à l'employeur pour diffusion à l'employé.

Garanties obligatoires

Les garanties obligatoires auxquelles les employés doivent adhérer sont :

- Assurance-vie de base
- Mort ou mutilation accidentelles
- La couverture individuelle des soins médicaux. L'employé peut renoncer aux soins médicaux seulement s'il est couvert sous le régime de son conjoint.
Veillez noter que la protection des soins médicaux est obligatoire pour les employés et ses personnes à charge si l'employé est résident de la province du Québec, à moins de profiter de cette couverture ailleurs.
- La couverture individuelle des soins dentaires. L'employé peut renoncer aux soins dentaires seulement s'il est couvert sous le régime de son conjoint.

Si l'employé n'ajoute pas ses personnes à charge au moment de l'adhésion initiale, à moins qu'il n'y ait un évènement de vie, l'adhésion des personnes à charge sera considérée comme une adhésion retardataire et une preuve d'assurabilité sera exigée par l'assureur et l'employé devra remplir le formulaire « *Rapport d'assurabilité* » à ses frais. Les modalités relatives aux adhésions retardataires s'appliquent. L'employé doit se référer à la section « *Adhésion retardataire – Preuve d'assurabilité exigée* » dans ce document.

Date d'admissibilité et période d'attente

- La période d'attente des employés admissibles est de **trois (3) mois** de service continu à compter de la date d'embauche.
- La date d'admissibilité s'applique à la fin de la période d'attente.
- L'employé doit être actif au travail à la date d'admissibilité pour que la couverture entre en vigueur.
- La période d'attente ne s'applique pas dans certaines circonstances. L'employé doit se référer à la section *Changement d'employeur participant et réintégration*.

Entrée en vigueur des couvertures

Pour l'employé, le conjoint et/ou les personnes à charge

L'assurance entre en vigueur à la date à laquelle l'employé/le conjoint et/ou les personnes à charge deviennent admissibles.

L'employeur doit faire parvenir le formulaire d'adhésion à Grandir ensemble dans un délai de **quinze (15) jours** avant la date d'admissibilité. Dans le cas où le formulaire d'adhésion n'a pas été transmis selon les délais prescrits, une rétroactivité est facturée pour un maximum de **six (6) mois**. La prime sera ajustée rétroactivement à la date à laquelle l'employé aurait dû être inscrit au régime et l'employeur et l'employé devront payer ces primes rétroactives.

L'employé n'a pas à fournir de preuves d'assurabilité dans les **six (6) mois** suivant la date admissibilité. Cependant, si le délai est de **six (6) mois ou plus**, l'adhésion de l'employé est considérée comme retardataire. Les modalités relatives aux adhésions retardataires s'appliquent. Vous référez à « *Adhésion retardataire – Preuve d'assurabilité exigée* » dans ce document.

Adhésion retardataire – Preuve d'assurabilité exigée

Une preuve d'assurabilité est exigée dans les circonstances suivantes :

- L'adhésion d'un employé soumise **plus de six (6) mois** de la date d'embauche
- La demande d'un changement de situation familiale soumise **plus de soixante (60) jours** à la suite d'un événement de vie notamment naissance, séparation, perte de couverture avec le conjoint.

L'employé et/ou ses personnes à charge doivent présenter, à leurs frais, des preuves d'assurabilité à l'assureur. À la suite de l'analyse de la demande par l'assureur, la couverture peut être acceptée ou refusée. La couverture prend effet dès que Grandir ensemble a reçu l'approbation écrite de Desjardins. L'employé est informé par son employeur. Dans le cas d'une demande d'adhésion retardataire pour l'employé ou ses personnes à charge, le remboursement pour les soins dentaires est limité à 250 \$ par personne couverte pendant les douze (12) premiers mois de couverture.

Étudiant à temps plein – Refus de couverture

Si un employé rencontre les critères d'admissibilité et est aussi un étudiant à temps plein, il peut choisir de refuser la couverture du régime offert par l'employeur et conserver sa couverture avec son parent en tant que personne à charge. Si c'est le cas, l'employé doit refuser **toutes les garanties**.

L'employé doit compléter le formulaire « *Étudiant à temps plein - Refus de couverture* ».

Cependant, si l'employé décide ultérieurement de faire une demande d'adhésion de couverture avec le régime de son employeur, il devra présenter, à ses frais, une justification d'assurabilité satisfaisante à l'assureur et les modalités relatives aux adhésions retardataires s'appliqueront.

Changement d'employeur participant et réintégration

Lorsqu'un employé change d'employeur participant **ou** retourne travailler chez le même employeur, l'employé est alors réintégré au régime avec le même numéro de certificat et l'historique des réclamations est conservé au dossier de l'employé. La couverture offerte à l'employé est celle détenue par l'employeur actuel, soit le régime C. Les modalités suivantes s'appliquent :

Si la période de coupure d'emploi entre deux employeurs est de **moins** de six (6) mois :

- Le même numéro de certificat est utilisé ; l'historique des réclamations est conservé au dossier ;
- Les trois (3) mois d'attente peuvent être appliqués à l'entière discrétion de l'employeur ;
- L'assuré n'est pas couvert entre la date de cessation d'emploi avec un employeur et la nouvelle date d'embauche avec un autre employeur. Si l'employé décède, l'assurance-vie est payable si l'événement est dans les premiers trente et un (31) jours suivant la date de cessation d'emploi et ce, tel que stipulé dans la clause de transformation de l'assureur.

Si la période de coupure d'emploi entre deux employeurs est de **plus** de 6 mois :

- Le même numéro de certificat est utilisé ; l'historique des réclamations est conservé au dossier ;
- Les trois (3) mois d'attente peuvent être appliqués à l'entière discrétion de l'employeur ;
- L'assuré n'est pas couvert entre la date de cessation avec un employeur et la nouvelle date d'embauche avec un autre employeur. Si l'employé décède, l'assurance-vie est payable si l'événement est dans les premiers trente et un (31) jours suivant la date de cessation d'emploi et ce, tel que stipulé dans la clause de transformation de l'assureur.

S'il n'y a pas de période de coupure d'emploi entre deux employeurs :

- L'assuré est transféré d'un employeur à un autre ; l'historique des réclamations est conservé au dossier ;
- Le même numéro de certificat est utilisé ;
- Les trois (3) mois d'attente ne s'appliquent pas ;
- Il n'y a aucune interruption de couverture d'assurance collective.

Si l'employé revient chez son employeur suite à un congé de maternité (durée maximale de 78 semaines) et que les garanties n'ont pas été prolongées :

- Le même numéro de certificat est utilisé ; l'historique des réclamations est conservé au dossier ;
- Les trois (3) mois d'attente ne s'applique pas.

Si l'employé revient chez son employeur à la suite d'un congé sans solde de **moins de six (6) mois** :

- Le même numéro de certificat est utilisé ; l'historique des réclamations est conservé au dossier ;
- Les trois (3) mois d'attente ne s'appliquent pas.

Si l'employé revient chez son employeur à la suite d'un congé sans solde de **plus de six (6) mois** :

- Le même numéro de certificat est utilisé ; l'historique des réclamations est conservé au dossier ;
- Les trois (3) mois d'attente peut être appliqués à l'entière discrétion de l'employeur.

Employés de 65 ans et plus résidant au Québec

Il est obligatoire de détenir une protection d'assurance-médicaments sur ordonnance au Québec. Toute personne résidant au Québec âgée de 65 ans est automatiquement inscrit au régime public d'assurance médicaments du Québec (RAMQ – La régie de l'assurance maladie du Québec). L'employé est responsable du paiement des primes associées au régime public (RAMQ) ainsi que de la part de l'employé déterminé par son employeur pour le régime d'assurance collective. Le régime de l'assureur est le 2^e payeur.

Formulaire d'adhésion

L'employeur demande à l'employé de remplir un formulaire d'adhésion au programme d'assurance collective. L'employé doit s'assurer de remplir toutes les sections du formulaire à l'encre et en caractères d'imprimerie. En signant le formulaire d'adhésion, l'employé atteste qu'il a pris connaissance des lignes directrices à l'intention des employés et qu'il s'engage à les respecter.

À la suite de l'adhésion, l'employeur communique l'information à l'employé afin que celui-ci puisse s'inscrire en ligne sur le site web de l'assureur afin d'imprimer sa carte de paiement et vérifier son profil.

Section 1 : À être complété par l'employeur

Cette section est complétée par l'employeur. L'employeur indique la date du début et la date de fin du contrat d'emploi. La couverture prendra fin à la date de fin du contrat.

Section 2 : Identification de l'adhérent

L'employé doit s'assurer que toutes les informations demandées sont complétées.

Section 3 : Couvertures demandées

Assurance-vie et assurance mort ou mutilation accidentelles

Ces garanties sont obligatoires pour l'employé. C'est pour cette raison que ces garanties ne sont pas inscrites sur le formulaire d'adhésion car l'employé n'a aucun choix à faire.

Soins médicaux et les soins dentaires

La couverture des soins médicaux et dentaires individuelle est obligatoire pour tous les employés admissibles à ce régime. L'employé peut renoncer ces couvertures seulement dans le cas où une couverture est offerte avec le conjoint. L'employé doit se référer à la section « *Garanties obligatoires* » dans ce document. L'employé qui renonce les garanties des soins médicaux et dentaires doit fournir les coordonnées de son conjoint ainsi que les informations concernant la couverture du conjoint chez son employeur. L'employé doit remplir la section « *Renseignements sur le conjoint et les personnes à charge* ».

Si l'employé cesse d'être couvert par le régime de son conjoint, il peut faire une demande de modification de sa couverture d'assurance dans les **soixante (60) jours** suivant la date à laquelle il a cessé d'être couvert par le régime de son conjoint. Si la demande est faite plus de soixante (60) jours après la date de cessation de couverture avec son conjoint, elle sera considérée comme une adhésion retardataire et les modalités relatives aux adhésions retardataires s'appliqueront.

Section 4 : Renseignements sur le conjoint et les personnes à charge

L'employé doit compléter cette section s'il choisit une couverture « familiale » pour les soins médicaux et dentaires.

Conjoint

L'employé doit identifier son conjoint, son sexe et sa date de naissance et si son conjoint bénéficie d'une couverture d'assurance des soins médicaux et dentaires au titre du régime de son employeur. Si oui, l'employé doit indiquer le nom de l'assureur et la couverture dont son conjoint bénéficie, soit individuelle ou familiale.

Personnes à charge - enfants

L'employé doit remplir le nom, la date de naissance et le sexe de ses enfants. La couverture d'un enfant à charge prend fin à l'âge de 22 ans, à moins que l'enfant soit encore aux études à temps plein ou soit atteint d'une déficience fonctionnelle. Veuillez-vous référer au lexique pour la définition « enfant ». Si c'est le cas, l'employé peut cocher « oui » dans les cases appropriées. Si l'employé a coché que l'enfant est atteint d'une déficience fonctionnelle, l'employé doit demander de compléter le formulaire « *Confirmation de la déficience fonctionnelle d'un enfant à charge* ». L'employé peut obtenir ce formulaire de l'employeur. L'employé doit l'envoyer directement à Desjardins à l'adresse sur le formulaire. L'assureur avisera l'employé de la décision et mettra le système à jour.

Lorsque la couverture d'un enfant à charge **aux études à temps plein** doit être maintenue, de 22 ans jusqu'à l'âge maximal de 26 ans, l'employé pourra faire le changement dans son profil en ligne sur le site web de Desjardins. Si l'employé n'a plus de personne à charge éligible, il doit informer son employeur qui enverra la demande de modifications à Grandir ensemble afin que la couverture soit changée de « familiale » à « individuelle ».

Section 5 : Désignation des bénéficiaires

Pour les **résidents de l'Ontario** : la désignation des bénéficiaires est révocable. L'employé qui désire faire une désignation irrévocable doit remplir le formulaire « *Demande de désignation ou de changement de bénéficiaires, de bénéficiaires subsidiaires ou de fiduciaire* ». Irrévocable signifie que l'employé ne peut pas modifier la désignation sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable en complétant ce même formulaire.

Pour les **résidents du Québec** : la désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire ou de bénéficiaire subsidiaire est **irrévocable** à moins que l'employé coche la case « *Désignation révocable* » sur le formulaire. Irrévocable signifie que l'employé ne peut pas modifier la désignation sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable en complétant ce même formulaire.

Bénéficiaires

L'employé doit inscrire le nom, prénom, le lien avec le participant et le pourcentage pour chacun de ses bénéficiaires nommés.

Bénéficiaires subsidiaires

L'employé peut désigner un bénéficiaire subsidiaire, soit une personne désignée pour recevoir le montant assuré si les bénéficiaires désignés en premier lieu sont décédés au moment où le montant assuré devient payable.

Section 6 : Désignation d'un fiduciaire

En Ontario, si la personne désignée comme bénéficiaire est **un mineur** ou n'a pas la capacité juridique voulue, un fiduciaire devrait être nommé et l'employé doit compléter cette section. Cette nomination peut ne pas convenir à toutes les situations.

Section 7 : Déclaration et autorisation et Lignes directrices à l'intention des employés

L'employé doit signer et dater le formulaire car il s'agit d'un document de portée juridique.

Section 8 : Gestion des renseignements personnels

Cette section est à titre d'information pour l'employé. Aucune action requise.

Formulaire de modifications

Pour toute modification au dossier d'un employé, l'employeur et l'employé doivent compléter le « *Formulaire de modifications* ».

Nous réitérons la responsabilité de l'employé à communiquer les modifications au fur et à mesure des événements afin d'éviter toutes conséquences éventuelles découlant de l'adhésion retardataire donc sur l'admissibilité aux couvertures pour l'employé ainsi que ses personnes à charge.

Voici certains exemples de modifications :

- Changement de nom
- Réintégration
- Renonciation aux garanties
- Ajout de garanties collectives, individuelle à familiale
- Modification des renseignements relatifs aux personnes à charge

Section 1 : Renseignement sur le participant

L'employé doit compléter son prénom et nom de famille ainsi que son numéro de certificat de Desjardins.

Section 2 : Réintégration à la suite d'un congé autorisé

L'employeur indique si la couverture d'assurance collective de l'employé est réintégrée à la suite du retour au travail de l'employé ou d'un changement d'employeur. L'employé doit se référer à la section « *Changement d'employeur participant et réintégration* » dans ce document.

Section 3 : Changement de nom du participant

Un employé qui change de nom à la suite d'un mariage ou pour toute autre raison doit compléter cette section, indiquer la date d'effet de la modification dans la partie du haut et signer le formulaire.

Section 4 : Exemption aux garanties

L'employé qui bénéficie d'une couverture avec son conjoint, peut refuser la couverture pour lui-même et/ou ses personnes à charge. Si l'employé perd la couverture avec son conjoint, il dispose d'un délai de **soixante (60) jours** pour présenter une demande de protection sans preuve d'assurabilité. Si la demande n'est pas soumise dans ce délai, l'employé doit fournir une preuve d'assurabilité jugée acceptable par Desjardins pour être couvert. À l'approbation de l'assureur, la garantie des frais dentaires, le cas échéant, pourrait être limitée.

Section 5 : Renonciation aux garanties – pour les personnes à charge même si celles-ci ne sont pas couvertes avec le conjoint

L'employé peut renoncer aux garanties des soins médicaux et dentaires pour ses personnes à charge même si celles-ci ne sont pas couvertes ailleurs. Veuillez noter que la protection des soins médicaux est obligatoire pour l'employé et ses personnes à charge si l'employé est résident de la province du Québec, à moins de profiter de cette couverture ailleurs. L'employé doit indiquer sur le « *Formulaire de modifications* » qu'il bénéficie d'une autre couverture d'assurance et le nom de l'assureur.

Cependant, si l'employé désire ajouter ses personnes à charge à une date ultérieure, il doit fournir une preuve d'assurabilité à l'assureur, à ses frais, et la couverture peut être acceptée ou refusée. Les modalités relatives aux adhésions retardataires s'appliquent. L'employé doit se référer à la section « *Adhésion retardataire – Preuve d'assurabilité exigée* » dans ce document.

Section 6 : Ajout des garanties collectives des soins médicaux et dentaires

Un employé peut faire une demande de changement à sa couverture d'assurance des soins médicaux et dentaires afin d'avoir une couverture individuelle ou familiale lorsqu'il cesse d'être couvert sous le régime de son conjoint.

Cette modification de couverture doit être effectuée dans les **soixante (60) jours** suivant la date à laquelle la situation familiale a changé, sinon, les demandes seront considérées comme des adhésions retardataires et les modalités relatives aux adhésions retardataires s'appliquent. L'employé doit se référer à section « *Adhésion retardataire – Preuve d'assurabilité exigée* » dans ce document.

Section 7 : Modification des renseignements relatifs aux personnes à charge

L'employé doit compléter cette section s'il désire ajouter, supprimer ou mettre à jour les renseignements relatifs à ses personnes à charge. L'employé doit indiquer la date d'effet de la modification et la raison du changement, soit la naissance ou l'adoption d'un enfant, le mariage, le divorce, la cohabitation ou toute autre raison.

Lorsqu'un employé demande que sa couverture devienne familiale, il doit fournir le nom de ses personnes à charge avec leur date de naissance, leur sexe, et indiquer si la personne à charge est un étudiant à temps plein ou atteint d'une déficience fonctionnelle.

Cette modification de couverture doit être effectuée dans les **soixante (60) jours** suivant la date à laquelle la situation familiale a changé. Si la demande n'est pas soumise dans les délais, la demande est considérée comme une adhésion tardive et les modalités relatives aux adhésions retardataires s'appliquent.

Section 8 : Autorisation et déclaration

L'employé doit signer et dater le formulaire de modifications.

Modification de la désignation de bénéficiaire révocable

Pour modifier la désignation de bénéficiaire révocable, l'employé doit compléter le formulaire intitulé « *Demande de désignation de bénéficiaire ou de changement de bénéficiaires, de bénéficiaires subsidiaires ou de fiduciaire* » qu'il peut obtenir de son employeur.

Changement de statut

L'employeur doit informer Grandir ensemble de tout changement au statut d'emploi de l'employé en indiquant les détails suivants : le nom de l'employé, le numéro de certificat, la date du début du congé, la date prévue du retour (si elle est connue) et la raison pour le congé, soit :

- Cessation d'emploi
- Congé de maternité et congé parental
- Congé sans solde
- Arrêt temporaire de travail

Si l'employé refuse par écrit de payer la portion de ses primes d'assurance collective l'employeur peut mettre fin à toutes les garanties. L'employeur est responsable d'obtenir les conseils juridiques appropriés selon les circonstances notamment avant de mettre fin à toute couverture d'assurance pendant un congé statutaire ou autres congés en vertu de la loi des normes d'emploi ainsi qu'en cas de non-paiement de la part employé.

Cessation d'emploi et protection d'assurance collective

Lorsqu'un employé quitte son emploi ou le lien d'emploi cesse, la couverture prend fin à la date où le lien d'emploi se termine.

L'employeur doit également signaler aux employés de leur droit de transformation de leur couverture assurance-vie en un contrat d'assurance-vie individuelle. L'employeur doit compléter le formulaire « *Transformation de l'assurance-vie lors d'une cessation d'emploi* », et doit l'acheminer à l'employé. L'employeur doit conserver une preuve de la communication du formulaire à son employé à ses dossiers.

L'employé peut, dans les **trente et un (31) jours** suivant la cessation de son assurance collective, faire une demande à Desjardins pour transformer son assurance-vie collective en assurance individuelle sans avoir à présenter d'attestation de bonne santé.

L'employé peut, dans les **soixante (60) jours** suivant la cessation de son assurance collective, faire une demande à Desjardins en vue d'obtenir des produits d'assurance santé et dentaire individuel sans preuve d'assurabilité.

L'employé peut obtenir des informations à ce sujet en communiquant directement avec notre conseillère en assurance collective aux coordonnées indiquées sur le formulaire.

Couverture pendant un congé de maternité ou congé parental

La couverture d'assurance collective peut être maintenue avec l'assureur durant un congé de maternité pour la période maximale telle qu'indiquée ci-dessous ou à la date de fin du contrat, soit la première éventualité.

Le choix de couverture doit être maintenu tout au long du congé et ce, pour une période maximale de :

- Soixante-dix-huit (78) semaines, si un congé de maternité et un congé parental sont pris par l'employée ; ou
- Soixante-trois (63) semaines, si seulement un congé parental est pris par l'employée.

Les clauses portant sur les congés de maternité et parentaux de ce document seront appliquées en conformité avec les dispositions applicables de la *Loi sur l'assurance emploi* du Canada et la *Loi de 2000 sur les normes d'emploi* de l'Ontario, avec leurs modifications éventuelles respectives. Pour plus d'information, veuillez-vous référer à Emploi et Développement Social Canada ([Prestations de maternité et prestations parentales de l'assurance-emploi : Ce qu'offrent ces prestations - Canada.ca](#)) et au [Guide de la Loi sur les normes d'emploi : Congés de maternité et congés parentaux | Ontario.ca](#).

L'employé peut faire les choix suivants :

1. Maintenir toutes les couvertures
2. Renoncer toutes les couvertures. Toutefois l'employé qui réside au Québec doit maintenir les soins médicaux à moins d'être couvert ailleurs.

L'employé doit compléter le formulaire « *Couverture pendant un congé de maternité/congé parental* ».

Si l'employé **choisit l'option 2 soit de renoncer toutes les couvertures** l'employeur doit mettre fin à toutes les garanties. Si l'employé réside au Québec et n'est pas couvert ailleurs, il devra maintenir la couverture des soins de santé. Étant donné que le droit de transformation s'applique, les détails sont indiqués sur le formulaire.

L'employé qui met fin à toutes ses couvertures durant son congé de maternité ou congé parental et rencontre les critères d'admissibilité à son retour au travail, sera réintégré au régime à son retour selon les modalités indiquées sous la section « *Admissibilité : Changement d'employeur / Réintégration au régime* » dans ce document.

Au plus tard **soixante (60) jours** suivant la naissance ou de l'adoption de l'enfant, l'employé peut modifier sa couverture à une couverture familiale sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité en complétant le « *Formulaire de modifications* ». Toute information communiquée **plus de soixante (60) jours** est considérée comme retardataire et les preuves d'assurabilité seront exigées par l'assureur. Les modalités relatives aux adhésions retardataires s'appliquent. L'employé doit se référer à section « *Adhésion retardataire – Preuve d'assurabilité exigée* » dans ce document.

Couverture pendant un congé sans solde

Les employés qui sont présentement couverts sous le régime d'assurance collective et qui seront absents pendant un congé autorisé sans solde, **avec l'approbation de l'employeur**, pourraient continuer la couverture de la façon décrite ci-dessous :

Assurance-vie, Assurance mort ou mutilation accidentelles: trente et un (31) jours ou la date de fin du contrat d'emploi, selon la première occurrence

Soins médicaux et dentaires : trente et un (31) jours ou la date de fin du contrat d'emploi, selon la première occurrence

Si l'employé **renonce à la couverture**, l'employeur doit mettre fin à toutes les garanties. Si l'employé réside au Québec et n'est pas couvert ailleurs, il devra maintenir la couverture des soins de santé pour une période de 31 jours tel qu'exigé par le régime d'assurance médicament du Québec (RAMQ).

Au retour du congé sans solde, l'employé est réintégré au régime selon les modalités indiquées sous la section « *Admissibilité : Changement d'employeur / Réintégration* » dans ce document.

Transformation de l'assurance-vie lors d'une cessation d'emploi

Avant l'âge de 65 ans, l'employé peut, dans certains cas, souscrire une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité. L'employé doit présenter sa demande en ce sens et acquitter la première prime exigible dans les **trente et un (31) jours** qui suivent l'expiration de son assurance collective. Veuillez noter que les primes ne seront pas les mêmes et celles-ci seront déterminées par Desjardins.

Lorsqu'un employé a mis fin à toutes ses couvertures durant son congé de maternité et congé parental, l'employé a le droit de transformation.

L'employé peut obtenir des informations additionnelles au sujet des droits de transformation en communiquant avec notre conseillère en assurance collective aux coordonnées indiquées sur le formulaire qu'il reçoit de son employeur.

Congé de maladie, CSPAAT ou autres sources

L'employé doit maintenir les couvertures d'assurance collective pendant un congé de maladie et l'employé doit payer sa portion de ses primes à l'employeur. La couverture doit être maintenue pendant la durée du congé de maladie ou à la date de fin du contrat, soit la première éventualité.

L'employeur et l'employé doivent compléter le formulaire « *Entente - Couverture pendant un congé de maladie, CSPAAT ou autres sources* ».

L'employé qui est absent du travail pour cause de maladie, pourrait être admissible aux prestations de maladie de l'assurance-emploi. À cet égard, il incombe à l'employé d'entreprendre les démarches qui s'imposent.

L'employé doit informer son employeur s'il bénéficie des prestations de la CSPAAT (Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail) ou de toute autre source, notamment son assurance automobile, etc. Cette information doit par la suite être communiqué à Grandir ensemble par l'employeur. L'employé doit soumettre une demande d'exonération des primes pour l'assurance-vie à Desjardins. L'assureur peut terminer la couverture douze (12) mois suivant la date d'invalidité si cette demande d'exonération des primes d'assurance vie n'est pas faite.

Comment faire parvenir les réclamations à Desjardins Assurances

Il existe plusieurs façons de faire parvenir les réclamations :

En ligne

Les réclamations relatives à des frais admissibles engagés peuvent être envoyées en ligne par l'intermédiaire du site sécurisé destiné aux adhérents.

Appareil mobile

L'application Omni peut être utilisée pour réclamer des frais liés à la plupart des services couverts par le régime d'assurance collective. Téléchargez dès maintenant Omni depuis l'App Store (iOS) ou Google Play (Android).

Carte de paiement

La carte de paiement peut être présentée à un pharmacien ou à un dentiste participant. Il transmettra directement les renseignements relatifs à la réclamation à Desjardins.

Fournisseur de soins de santé

Certains professionnels de la santé peuvent soumettre des réclamations à votre place. Consultez le lien [desjardinsassurancevie.com/fournisseurs](https://www.desjardinsassurancevie.com/fournisseurs) pour identifier les professionnels de la santé participants.

Par courrier

Les formulaires peuvent être téléchargés sur le site Web de Desjardins. Toutes les réclamations peuvent également être envoyées à l'adresse postale indiquée dans la section « *Coordonnées* » dans ce document.

Coordination des prestations

La coordination des prestations se définit par le processus de réclamation des frais médicaux ou dentaires soumis à plus d'un assureur. Donc, si un des membres de la famille est couvert sous plus d'un régime d'assurance, il est possible de faire une réclamation chez plus d'un assureur dépendamment des couvertures. Consultez ce lien pour les détails :

<https://www.desjardinsassurancevie.com/fr/assurance-collective-adherents/obtenir-aide/marches-a-suivre/coordonner-avec-un-autre-regime>.

Garanties imposables

Des règles fédérales et provinciales s'appliquent au traitement fiscal des primes payées par l'employeur pour l'assurance collective. Les garanties imposables diffèrent d'une province à une autre. Votre employeur a la responsabilité de consulter les divers guides gouvernementaux ou leur professionnel pour connaître le traitement relatif à ces avantages imposables.