

Avis de remise en vigueur de la protection de l'employé

À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'entreprise _____ Numéro d'entreprise _____

Nom de l'employé _____ Numéro de certificat _____

Nom de l'administrateur du régime _____

Signataire autorisé _____ Date _____

REMISE EN VIGUEUR DE LA PROTECTION DE L'EMPLOYÉ

**Départ de l'employé/
Congé autorisé/Mise
à pied temporaire** La protection peut être remise en vigueur à la condition que l'employé reprenne ses fonctions dans les six (6) mois suivants sa date de départ et que nous soyons avisés par écrit de sa date de retour au travail au moins 31 jours à l'avance. L'assurance prend effet à la date du retour au travail, non pas la date de l'avis.

Réactiver TOUTES les garanties _____ Date du retour au travail (AAAA/MM/JJ) _____

Congé de maladie La protection peut être remise en vigueur si l'employé retourne au travail dans les six (6) mois suivants sa date de départ, si le relevé d'emploi est fourni et si nous sommes avisés dans les 31 jours précédant le retour au travail. L'assurance prend effet à la date du retour au travail, non pas la date de l'avis. Veuillez inclure le relevé d'emploi.

Si le relevé d'emploi n'est pas fourni, l'employé est considéré comme un « adhérent tardif ». Une preuve médicale d'assurabilité est alors exigée. Si la remise en vigueur est approuvée, la protection entre en vigueur à la date d'approbation de la demande par l'assureur. Veuillez inclure les déclarations de santé de l'employé et de ses personnes à charge.

Retour d'un congé de maladie _____ Date du retour au travail (AAAA/MM/JJ) _____

**Congé de maternité
ou congé parental** Au retour d'un congé de maternité ou parental, la protection peut être remise en vigueur, à la condition que l'employé retourne au travail après le congé de maternité ou parental prévu par la loi dans la province et que nous recevions un avis par écrit dans les 31 jours précédant son retour au travail. L'assurance prend effet à la date du retour au travail, non pas la date de l'avis.

Retour d'un congé de maternité ou parental _____ Date du retour au travail (AAAA/MM/JJ) _____

Dans le cas d'un retour au travail après un congé de maternité ou parental, veuillez donner des renseignements sur les personnes à charge et les protections s'il y a lieu.

IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom	Nom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe (M/F)	Étudiant à temps plein (21 à 25 ans)	Personne à charge avec déficience fonctionnelle (21 ans et plus)
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Annuler	Conjoint	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Annuler	Fils Fille	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Annuler	Fils Fille	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Annuler	Fils Fille	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je comprends que pour être admissibles à l'assurance soins médicaux complémentaire, nous devons, moi et mes personnes à charge, être couverts par le régime provincial d'assurance maladie.

Dans le cas d'une modification relative à un employé, veuillez utiliser le formulaire *Demande de modification* que vous trouverez dans le site lcollectifdeschambres.ca ou mes-avantages.ca.