

## Avis de remise en vigueur de la protection de la personne employée

### À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR OU L'EMPLOYEUSE

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_ Numéro d'entreprise \_\_\_\_\_

Nom de l'employé-e \_\_\_\_\_ Numéro de certificat \_\_\_\_\_

Nom de l'administrateur-trice du régime \_\_\_\_\_

Signataire autorisé-e \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### REMISE EN VIGUEUR DE LA PROTECTION DE LA PERSONNE EMPLOYÉE

**Départ de l'employé-e/ Congé autorisé/Mise à pied temporaire** La protection peut être remise en vigueur à la condition que l'employé-e reprenne ses fonctions dans les six (6) mois suivant sa date de départ et qu'il ou elle nous avise 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-e retourne au travail dans les six (6) mois suivant sa date de départ, si le relevé d'emploi indiquant la cessation 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 l'emploi n'a pas pris fin, l'employé-e est considéré-e comme un « adhérent tardif » ou une « adhérente tardive ». 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 la compagnie d'assurance. Veuillez inclure les déclarations de santé de l'employé-e 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-e 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<br>(AAAA/MM/JJ) | Genre<br>(Femme/Homme/Autre<br>expression de genre/Non dévoilé) | Aux études à<br>temps plein<br>(21 à 25 ans) | Personne à<br>charge avec<br>déficience<br>fonctionnelle<br>(21 ans et plus) |
|--|--------|-------|-----------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ajouter<br><input type="checkbox"/> Annuler Conjoint-e                      | _____  | _____ | _____                             | _____   | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> Ajouter<br><input type="checkbox"/> Annuler <input type="checkbox"/> Enfant | _____  | _____ | _____                             | _____   | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> Ajouter<br><input type="checkbox"/> Annuler <input type="checkbox"/> Enfant | _____  | _____ | _____                             | _____   | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> Ajouter<br><input type="checkbox"/> Annuler <input type="checkbox"/> Enfant | _____  | _____ | _____                             | _____   | <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 couvert-es par le régime provincial d'assurance maladie.

Dans le cas d'une modification relative à un-e employé-e, veuillez utiliser le formulaire *Demande de modification* que vous trouverez dans le site [lecollectifdeschambres.ca](http://lecollectifdeschambres.ca) ou [mes-avantages.ca](http://mes-avantages.ca).