

SECTION A – TITULAIRE DE LA POLICE/RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT OU LA PARTICIPANTE

Nom du titulaire de la police (employeur/organisation) _____ N° de police _____

Nom du participant ou de la participante _____ N° de certificat _____

Date d'embauche

	A				M				J	
--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--

 Date de fin d'emploi

	A				M				J	
--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--

 Raison de la fin d'emploi _____Prolongation des protections pour : Participant/participante seulement Participant/participante et personnes à charge admissibles**SECTION B – DEMANDE DE PROLONGATION DES PROTECTIONS****PÉRIODE DE PRÉAVIS PRÉVUE (conformément aux normes d'emploi provinciales ou fédérales)**

Remplir ce qui suit SEULEMENT si vous choisissez les options 1 ou 2 ci-dessous. Admissibilité en vertu :

 de la Loi sur les normes d'emploi de/du _____ = _____ semaines* OU du Code canadien du travail (fédéral) – période de 2 semaines (applicable aux employées et employés assujettis à la réglementation fédérale)
Province

* Veuillez vous assurer que la période spécifiée corresponde à la période de préavis prévue dans la loi provinciale sur les normes d'emploi.

Choisissez une des options de couverture suivantes :

Option 1 Période de préavis prévue seulement

Toutes les protections pour lesquelles le participant ou la participante détient une couverture au moment de la fin d'emploi seront prolongées.

Ne pas remplir la section C.**Option 2 Période de préavis prévue + période de prolongation subséquente**Période de prolongation subséquente : De

	A				M				J	
--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--

 à

	A				M				J	
--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--

 inclusivement
Date où la période de préavis prévue prend fin Date où la prolongation des protections prend fin

Toute demande de prolongation qui excédera 12 mois, y compris la période de préavis prévue, fera l'objet d'un examen supplémentaire.

Vous devez remplir la section C, car seules certaines protections et clauses peuvent être prolongées après l'expiration de la période de préavis prévue. Durant cette période de préavis, toutes les protections pour lesquelles le participant ou la participante détient une couverture seront prolongées.**Option 3 Sans période de préavis prévue**À compter de la date de fin d'emploi jusqu'à

	A				M				J	
--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--

 inclusivement
Date où la prolongation des protections prend fin

Toute demande de prolongation qui excédera 12 mois fera l'objet d'un examen supplémentaire.

Vous devez remplir la section C, car seules certaines protections et clauses peuvent être prolongées.**SECTION C – PROTECTIONS DEMANDÉES**

Seules les protections pour lesquelles le participant ou la participante détient une couverture au moment de la fin d'emploi peuvent être prolongées. Le montant de couverture pour chacune des protections sera le même que celui précisé dans la police collective, à moins d'indication contraire ci-dessous. La clause sur l'exonération des primes ne pourra s'appliquer dans le cas d'invalidités qui débutent après la date de fin d'emploi, sous réserve des normes d'emploi provinciales ou fédérales.

▲ Les protections suivantes ne peuvent être prolongées : assurance invalidité et protections facultatives autres que celles indiquées ci-dessous.

Choisissez la ou les protections qui doivent être prolongées :

Assurance vie du participant ou de la participante : de base et facultative de base seulement facultative seulement
*Maximum combiné : 500 000 \$ (assurance vie de base et facultative)*Assurance vie des personnes à charge : de base et facultative de base seulement facultative seulement
*Maximum combiné : 500 000 \$ (assurance vie de base et facultative)*Assurance décès et mutilation accidentels (DMA) : de base et facultative de base seulement facultative seulement
Maximum combiné : 500 000 \$ (assurance DMA de base et facultative) Assurance maladie complémentaire*Les protections suivantes ne peuvent être prolongées : frais engagés en cas d'urgence hors de la province de résidence et annulation de voyage.* Soins dentaires Programme d'aide aux employés Compte de gestion santé Compte mieux-être Autre : _____**Veillez signer ce formulaire (voir page suivante).**

SECTION D – SIGNATAIRE AUTORISÉ

Les primes devront continuer d'être versées durant la période de prolongation. Tout manquement au paiement des primes aux dates stipulées entraînera l'annulation automatique de la prolongation des protections.

La prolongation des protections prend automatiquement fin à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle la période de prolongation des protections, indiquée ci-dessus, prend fin;
- La date à laquelle la participante ou le participant devient couvert en vertu d'une autre police collective;
- La date à laquelle la police collective prend fin ou, pour une protection particulière prolongée, la date à laquelle cette protection prend fin.

Nom de l'administrateur autorisé _____

Titre du poste _____ Courriel _____

Signatures et modes d'envoi (deux options sont offertes) :

1. Envoi par messagerie sécurisée dans l'Espace client* – c'est rapide et facile!

* Si vous avez un compte dans l'Espace client en tant qu'administrateur de régime, vous pouvez utiliser cette fonctionnalité.

- Une fois le formulaire rempli, le signer (signature électronique ci-dessous; cette signature est acceptée seulement si vous envoyez ce formulaire par messagerie sécurisée dans l'Espace client) :

En cochant cette case, j'appose ma signature électronique, **RECONNAISSANT** ainsi que j'ai lu, compris et accepté les déclarations ci-dessus. Date

		A				M			J	
--	--	---	--	--	--	---	--	--	---	--

- Sauvegarder le formulaire rempli et signé sur votre ordinateur. Voici comment l'envoyer :

- | | | |
|--|--|--|
| 1. Aller à ia.ca/moncompte et ouvrir une session. | 4. Remplir les champs comme indiqué ci-dessous :
- Secteur d'activité : Assurance collective;
- Objet : Administration;
- Sujet : Autres demandes de modification pour un participant;
- Préciser : Demande de prolongation des protections. | 5. Sous <i>Numéro de contrat</i> , entrer le numéro de police. |
| 2. Dans le menu de gauche, cliquer sur <i>Mes messages</i> . | | 6. Joindre le formulaire que vous avez sauvegardé. |
| 3. Cliquer sur <i>Envoyer un message</i> . | | 7. Sous <i>Message</i> , entrer un bref message. |
| | | 8. Cliquer sur <i>Envoyer</i> . |

2. Envoi par télécopieur ou par la poste

- Si vous n'avez pas accès à l'Espace client, imprimez le formulaire et signez-le à la main :

Signature de l'administrateur _____ Date

		A				M			J	
--	--	---	--	--	--	---	--	--	---	--

- Vous pouvez ensuite l'envoyer :

Par télécopieur :
1 888 780-2376

Par la poste :
Administration
C. P. 790, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K6

Des questions? Écrivez à assurancecollective@ia.ca.