

Demande de maintien des garanties d'assurance collective à la cessation d'emploi d'un participant

Le promoteur de régime doit remplir le présent formulaire pour demander le maintien des garanties à l'expiration du délai de préavis prescrit par la loi, dans le cadre d'une entente de cessation d'emploi (ne s'applique pas en cas de départ à la retraite, qu'il s'agisse d'une retraite anticipée ou non).

Il incombe au promoteur de régime

- de consulter un conseiller juridique à l'égard de la cessation d'emploi et du maintien des garanties ainsi que des lois sur les normes d'emploi qui s'appliquent;
- de percevoir les cotisations salariales requises en vue du maintien des garanties, s'il y a lieu;
- d'informer Manuvie si la couverture maintenue doit prendre fin avant la date de fin de couverture demandée (p. ex. si le participant obtient un nouvel emploi ou une couverture semblable au titre d'un autre régime);
- d'informer le participant des conditions d'admissibilité à la couverture maintenue et des dispositions pertinentes du contrat d'assurance collective.

1 Renseignements sur le participant

Conservez une copie du présent formulaire.

Numéro de contrat	Numéro de certificat du participant	Promoteur de régime
Participant (prénom et nom)		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
Date de l'avis de cessation d'emploi (jj/mmmm/aaaa)	Fin du délai de préavis prescrit par la loi (jj/mmmm/aaaa)	Date du dernier jour de travail (jj/mmmm/aaaa)
Nom de l'administrateur de régime		Numéro de téléphone

2 Renseignements sur les garanties

Le montant de couverture maintenu ne doit pas dépasser le montant en vigueur à la date de la cessation d'emploi.

L'exonération de prime ne peut pas s'appliquer pendant la période de maintien des garanties.

Garanties à maintenir en vertu de l'entente de cessation d'emploi	Montant de couverture	Date de fin de couverture* (jj/mmmm/aaaa)
☐ Assurance vie de base		
☐ Assurance vie facultative		
☐ Décès et mutilation accidentels		
☐ Assurance vie des personnes à charge		
☐ Assurance maladie complémentaire	☐ Couv. individuelle ☐ Couv. de couple (s'il y a lieu) ☐ Couv. familiale	
☐ Soins dentaires	☐ Couv. individuelle ☐ Couv. de couple (s'il y a lieu) ☐ Couv. familiale	
☐ Compte de crédits-santé		
☐ Autre _____ (veuillez préciser)		

L'assurance invalidité ne peut pas être maintenue. Toute garantie ne peut être maintenue sans l'approbation de Manuvie.

3 Signature du représentant autorisé du promoteur de régime	Les garanties approuvées seront maintenues jusqu'à la *date de fin de couverture indiquée ci-dessus, mais cesseront avant cette date si le contrat est résilié, ou si le participant obtient un nouvel emploi ou une couverture semblable au titre d'un autre régime. Pour obtenir des précisions sur le délai de préavis prescrit dans votre province, communiquez avec le bureau des normes du travail de votre région, rattaché au ministère du travail. <table border="1" data-bbox="467 226 1560 306"> <tr> <td data-bbox="467 226 1297 306">Signature du représentant autorisé</td> <td data-bbox="1297 226 1560 306">Date (jj/mmmm/aaaa)</td> </tr> </table>	Signature du représentant autorisé	Date (jj/mmmm/aaaa)				
Signature du représentant autorisé	Date (jj/mmmm/aaaa)						
4 Directives d'envoi	Veillez envoyer le formulaire dûment signé et daté à l'adresse suivante : Manuvie C. P. 11006, succ. Centre-ville Montréal (Québec) H3C 4T8 Ouvrez une session à l'adresse www.manulife.ca/signin/fr et utilisez la fonction « Envoi d'un fichier » sur le site sécurisé à l'intention de l'administrateur de régime.						
RÉSERVÉ À MANUVIE	La demande est-elle approuvée? ☐ Oui ☐ Non Si <i>oui</i>, à quelles conditions? <table border="1" data-bbox="467 581 1560 835"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="467 581 1560 661"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="467 661 1560 741"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="467 741 1297 835">Signature du tarificateur</td> <td data-bbox="1297 741 1560 835">Date (jj/mmmm/aaaa)</td> </tr> </table>					Signature du tarificateur	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature du tarificateur	Date (jj/mmmm/aaaa)						