

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)
<input type="radio"/> Assurance vie de base		
<input type="radio"/> Assurance vie facultative		
<input type="radio"/> Décès et mutilation accidentels		
<input type="radio"/> Assurance vie des personnes à charge		
<input type="radio"/> Assurance maladie complémentaire	<input type="radio"/> Couv. individuelle <input type="radio"/> Couv. de couple (s'il y a lieu) <input type="radio"/> Couv. familiale	
<input type="radio"/> Soins dentaires	<input type="radio"/> Couv. individuelle <input type="radio"/> Couv. de couple (s'il y a lieu) <input type="radio"/> Couv. familiale	
<input type="radio"/> Compte de crédits-santé		
<input type="radio"/> 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.

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 *oui*, à quelles conditions?

Signature du tarificateur

Date (jj/mmmm/aaaa)