



INFORMATIONS ESSENTIELLES POUR COMPLÉTER VOTRE FORMULAIRE D'ADHÉSION

Desjardins sécurité financière Syndicat FIQ

(Fédération interprofessionnelle du Québec)

1. Le formulaire d'adhésion à l'assurance collective doit être rempli **OBLIGATOIREMENT** que vous soyez déjà couvert(e) par une assurance ou non.

Voici les 2 situations possibles :

<p align="center">Situation 1</p> <p align="center">Je suis actuellement couvert(e) par un autre employeur, ou par l'assurance de mon conjoint ou celle de mes parents</p>	<p align="center">Situation 2</p> <p align="center">Je suis assuré(e) par la RAMQ ou je ne suis pas couvert(e) par un autre assureur, je dois donc adhérer à l'assurance</p>
<p>Vous devez remplir le formulaire d'assurance en cochant la case « Exemption ». (voir exemple dans la section adhésion du formulaire)</p> <p>ET</p> <p>Vous devez fournir les preuves de l'existence de cette assurance, soit une :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ photocopie de la carte d'assurance <li align="center">OU ✓ photocopie du certificat d'assurance <li align="center">OU ✓ lettre de confirmation de l'employeur 	<p>Vous devez remplir le formulaire d'assurance et annuler l'assurance pour laquelle vous êtes inscrit(e) :</p> <p>Si vous êtes couvert(e) par le contrat d'un autre établissement du réseau de la santé* et que votre lien d'emploi est toujours maintenu (liste de rappel), vous devez aviser l'autre employeur pour la procédure à suivre afin de mettre fin à l'assurance selon la date de prise d'effet de la période d'admissibilité du nouveau contrat.</p> <p>Si vous êtes inscrits à la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) vous devez obligatoirement vous désactiver de ce programme (voir dépliant Service PRASE – Assurances collectives)</p> <p><i>*Toutefois, si vous avez donné votre démission écrite chez un autre employeur du réseau de la santé, svp nous indiquer la date de fin de lien d'emploi, puisque si votre départ est à l'intérieur de 30 jours, vous êtes admissible dès votre date d'embauche.</i></p>
<p align="center">A noter que dans les deux situations vous devez OBLIGATOIREMENT remplir le formulaire d'adhésion qui vous sera remis lors de votre journée d'accueil et retourner le tout dans les 7 jours suivants votre embauche.</p> <p align="center">Après ce délai, le régime d'assurance obligatoire sera inscrit à votre dossier avec une protection minimale individuelle, tel que stipulé à la brochure d'assurance disponible sur le site web du PRASE.</p>	

Comment déterminer le statut du contrat d'assurance

Le statut du contrat d'assurance est généralement déterminé par les personnes à assurer :

Individuel : la personne salariée uniquement est assurée.

Monoparental : la personne salariée et ses enfants sont assurés (particularités selon le contrat de l'assureur).

Familial : la personne salariée, ainsi que son conjoint et les enfants à sa charge sont assurés.

Qu'est-ce qu'une personne à charge

Un conjoint, c'est-à-dire une personne mariée ou unie civilement à une autre personne.

Un conjoint de fait, c'est-à-dire une personne qui cohabite depuis au moins un an avec une autre personne. Deux personnes sont considérées comme conjoints de fait immédiatement si un enfant naît de leur union.

Un enfant :

- un enfant âgé de moins de 18 ans;
- un enfant est aussi considéré à charge s'il est âgé de moins de 26 ans et qu'il étudie à temps complet dans un établissement d'enseignement reconnu (des preuves de fréquentation scolaire devront être fournies à l'assureur chaque session);
- un enfant est également considéré à charge s'il est âgé de 18 ans et plus et qu'il est atteint d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle.

2. Si je suis retraité, est-ce que j'ai accès à l'assurance collective?

Situation 1 Je suis retraité(e) et je bénéficie du régime de retraite RREGOP (réseau de la santé, de l'éducation et Fonction publique)	Situation 2 Je suis retraité, mais je ne bénéficie pas du régime de retraite RREGOP (réseau de la santé, de l'éducation et Fonction publique)
Vous n'êtes plus admissible à l'assurance collective. IMPORTANT : Veuillez nous retourner votre formulaire avec l'information à l'effet que vous êtes une personne retraitée de retour au travail.	Veuillez compléter le formulaire d'adhésion et nous l'acheminer dans les 7 jours suivants votre embauche. Si vous êtes inscrits à la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) vous devez obligatoirement vous désactiver de ce programme (voir dépliant Service PRASE – Assurances collectives)

3. Où et comment retourner mon formulaire d'assurance?

Vous avez 4 façons de nous retourner le formulaire :

- Par télécopieur au 819 780-1821
- Par courriel au prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca (photo du formulaire acceptée)
- Remettre le formulaire (et preuve d'assurance, si applicable) lors de votre journée d'accueil
- Par la poste à l'adresse mentionnée en bas de page

Pour toute question, veuillez communiquer avec le secteur des assurances collectives (PRASE) au 819 780-2220, poste 47777, option 1.

DEMANDE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATIONS

Je désire : adhérer à l'assurance collective.
 modifier mon assurance collective.

A - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR - Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom de l'employeur _____ N° de contrat **F001** N° de compte _____

B - IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENTE

Nom de l'adhérente _____ Prénom _____ N° d'identification ou de certificat _____ N° d'assurance sociale _____

Adresse - N°, rue, app. _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Date de naissance (AAAA MM JJ) _____ Sexe M F Langue Français Anglais

Statut d'emploi Permanent Temporaire Travail à temps complet partiel : _____ Salaire annuel _____ % Date d'entrée en service ou d'embauche (AAAA MM JJ) _____ N° d'employée _____

Employeur précédent _____

Si vous arrivez d'un autre centre de santé, veuillez indiquer l'ancien employeur et la date du départ.

Prendre note des dispositions suivantes

C - CHOIX DE RÉGIMES ET DE PROTECTIONS

RÉGIMES	PROTECTIONS DÉSIRÉES	DISPOSITIONS CONTRACTUELLES
BASE MÉDICAMENTS^A	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale ^B <input type="checkbox"/> Exemption ^C	La participation à ce régime est obligatoire. B Seule l'adhérente n'ayant pas de conjoint (mariage, union civile ou de fait) peut choisir la protection monoparentale. C Vous avez le droit de vous exempter si vous êtes protégée en vertu d'une assurance similaire et ce, même si la participation au régime est obligatoire.
BASE MALADIE COMPLÉMENTAIRE 3^D	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale ^B <input type="checkbox"/> Exemption ^C	D La participation à ce régime est obligatoire. La protection choisie peut être la même que celle choisie pour le régime de base médicaments ou elle peut être individuelle, selon votre choix. Toutefois, si vous avez demandé l'exemption du régime de base médicaments, vous devez également demander l'exemption du régime de base maladie complémentaire 3.
COMPLÉMENTAIRE 1^E ASSURANCE SOINS DENTAIRES	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale ^B <input type="checkbox"/> Exemption ^C	E La participation à ce régime est obligatoire s'il a été choisi par votre établissement.
COMPLÉMENTAIRE 2 ASSURANCE VIE ET MMA DE BASE ^F ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE ^F ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE ^G ASSURANCE VIE ET MMA ADDITIONNELLES	ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE ^G : SI VOUS AVEZ CHOISI L'EXEMPTION DU RÉGIME DE BASE MÉDICAMENTS, VEUILLEZ INDIQUER VOTRE CHOIX : Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ASSURANCE VIE ET MMA ADDITIONNELLES : <input type="checkbox"/> 5 000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 10 000 \$ <input type="checkbox"/> 75 000 \$ ^H <input type="checkbox"/> 15 000 \$ <input type="checkbox"/> 100 000 \$ ^H <input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> Aucune	D La participation à ce régime est obligatoire. La protection choisie doit être la même que celle choisie pour le régime de base maladie complémentaire 3. Même si vous avez demandé l'exemption du régime de base médicaments ainsi que du régime de base maladie complémentaire 3, vous devez choisir une protection en vertu du régime complémentaire 1, sauf si vous êtes protégée en vertu d'une assurance similaire. F L'assurance vie et MMA de base ainsi que l'assurance invalidité de longue durée sont obligatoires, sans droit de refus. G L'assurance vie des personnes à charge est obligatoire si vous avez choisi la protection familiale ou monoparentale pour les régimes complémentaires 1 ou 3. H Des preuves d'assurabilité sont obligatoires lors de l'adhésion si vous choisissez l'une ou l'autre de ces options. Par la suite, des preuves d'assurabilité sont obligatoires pour toute demande d'ajout ou d'augmentation d'un montant d'assurance vie et MMA additionnelles.

Voir point H --->

Protections facultatives

À noter que le statut de protection des options peut différer du régime de Base Médicaments
Ex. : Base et Compl. 3 (Base Familiales et option Individ.)
Ex. : Exempté et soins dentaires seulement

La période d'admissibilité :
Employé Temps partiel : Base = 1 mois, Options = 3 mois
Employé Temps complet : Base et Options = 1 mois

E - DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) POUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE VIE - Voir au verso l'information sur la désignation de bénéficiaire(s).

Nom, prénom	Lien avec l'adhérente	%	Date de naissance si mineur (AAAA MM JJ)	Veillez cocher
				<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
				<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

DESIGNATION D'UN FIDUCIAIRE (Informations importantes au verso) Pour la province de Québec : les dispositions du Code civil s'appliquent et vous NE DEVEZ PAS remplir cette section. Pour toutes les autres provinces : remplir cette section uniquement si vous avez désigné un bénéficiaire mineur.

Nom et prénom du fiduciaire _____ Lien avec l'adhérente _____
Adresse du fiduciaire _____ N°, rue, app. _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

F - DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande d'adhésion sont complets et véridiques. Je reconnais que toutes les garanties offertes dans le contrat sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions qu'il contient. Je reconnais avoir pris connaissance des renseignements indiqués au verso du présent formulaire et en avoir reçu une copie. En cas de décès, j'autorise expressément mon ou mes bénéficiaires, héritiers ou liquidateurs de ma succession, à fournir à Desjardins Sécurité financière ou ses réassureurs tous les renseignements ou autorisations jugés nécessaires pour l'étude de la demande de prestations et l'obtention de pièces justificatives. L'autorisation vaut également pour mes enfants mineurs dans la mesure où ils sont visés par la demande. J'autorise mon employeur à déduire les cotisations requises de mon salaire. J'autorise Desjardins Sécurité financière à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérente _____ Signature du responsable chez l'employeur _____ Date _____

BLANCHE - Desjardins Sécurité financière JAUNE - Employeur ROSE - Adhérente
VERSION ÉLECTRONIQUE - Veuillez remettre une copie à l'adhérente.