



## INFORMATIONS ESSENTIELLES POUR COMPLÉTER VOTRE FORMULAIRE D'ADHÉSION

### La Capitale 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"><b>Situation 1</b></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"><b>Situation 2</b></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 « <b>Exemption</b> ». (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"> <li>✓ photocopie de la carte d'assurance</li> <li>OU</li> <li>✓ photocopie du certificat d'assurance</li> <li>OU</li> <li>✓ lettre de confirmation de l'employeur</li> </ul>	<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"><b>A noter que dans les deux situations vous devez <b>OBLIGATOIREMENT</b> 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.</b></p> <p align="center"><b>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.</b></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?

<b>Situation 1</b> Je suis retraité(e) <b>et je bénéficie du régime de retraite RREGOP</b> (réseau de la santé, de l'éducation et Fonction publique)	<b>Situation 2</b> 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.  <b>IMPORTANT : Veuillez nous retourner votre formulaire avec l'information à l'effet que vous êtes une personne retraitée de retour au travail.</b>	Veuillez compléter le formulaire d'adhésion et nous l'acheminer <b>dans les 7 jours</b> 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](mailto: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.**

- ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE
- MODIFICATION(S) À L'ASSURANCE COLLECTIVE
- FORMULAIRE SAISI DANS L'ESPACE ADMINISTRATEUR

N° de groupe	N° d'employeur
1 0 3 0 0 0	0 0 0 3

N° d'assurance sociale (NAS)

N° d'identification (sera fourni par l'Assureur au moment de l'adhésion)

### 1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENTE

Nom du groupe <b>FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC</b>		Nom de l'employeur <b>CIUSSE-CHUS</b>		N° d'employée
Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
N°, rue, app.	Ville	Province	Code postal	
Adresse courriel <sup>1</sup>		Téléphone principal	Poste	Téléphone autre
Note 1 : En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à mon assurance collective.				
État civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> mariée ou unie civilement <input type="checkbox"/> conjointe de fait <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> séparée		Depuis le (AAAA/MM/JJ)		
Date d'emploi (AAAA/MM/JJ)	Date d'admissibilité (AAAA/MM/JJ)	Statut d'emploi <input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> autre (spécifier) :		
Fonction actuelle	Salaire annuel	Travail à temps <input type="checkbox"/> complet <input type="checkbox"/> partiel : % ou heures/semaine		

Période d'admissibilité:  
employé temps partiel: module Bronze=1mois, Autre module et options=3mois  
employé temps complet: module choisi et options = 1mois

### 2. RAISON DE LA (DE)

Événement de vie (naissance, mariage, etc.) : \_\_\_\_\_ Date d'effet de l'événement  
Année Mois Jour

Révision annuelle du % de temps de travail

**Veillez cocher la ou les modification(s) que vous désirez apporter à vos régimes d'assurance à la section 3 ci-dessous.**

### 3. RÉGIMES

<b>Régime d'assurance maladie - Obligatoire</b> <b>Choix de module</b> <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Argent <input type="checkbox"/> Or <input type="checkbox"/> Exemption <sup>2</sup> <b>Catégorie de protection</b> <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale (sans conjoint) <input type="checkbox"/> Familiale <b>Période minimale de participation au module choisi de 24 mois<sup>3</sup></b>	<b>Régime de soins dentaires</b> <b>Catégorie de protection</b> <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale (sans conjoint) <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Je mets fin à ma participation au régime <b>Cette garantie est facultative</b> <b>Période minimale de participation au régime de 36 mois</b>
--	--

Protections facultatives

Prendre note des dispositions suivantes

	J'adhère	J'ajoute	J'enlève
<b>Régime d'assurance vie<sup>4</sup></b>			
<b>Vie de base de l'adhérente</b> (incluant Mort et mutilation accidentelles de base de l'adhérente) - Montant : 5 000 \$	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>Vie du conjoint et des enfants à charge<sup>5</sup></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vie additionnelle de l'adhérente</b> (maximum 100 000 \$) (incluant Mort et mutilation accidentelles additionnelle de l'adhérente)	<b>Veillez cocher le montant d'assurance désiré pour cette garantie<sup>6</sup> :</b> <input type="checkbox"/> 5 000 \$ <input type="checkbox"/> 10 000 \$ <input type="checkbox"/> 15 000 \$ <input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 75 000 \$ <input type="checkbox"/> 100 000 \$ <input type="checkbox"/> Aucun		
<b>Vie additionnelle de l'adhérente</b> (plus de 100 000 \$) <sup>7 et 8</sup> - 1 à 16 tranches de 25 000 \$ <sup>9</sup>	Nombre de tranches : _____		
<b>Vie additionnelle du conjoint<sup>8</sup></b> - 1 à 20 tranches de 25 000 \$ <sup>9</sup>	Nombre de tranches : _____		
<b>Régime d'assurance invalidité de longue durée<sup>4</sup></b>			
<input checked="" type="checkbox"/>			

**Note 2 :** Afin de bénéficier du droit d'exemption, la salariée doit établir qu'elle-même et ses personnes à charge sont protégées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires. | **Note 3 :** Cette période doit être complétée avant de pouvoir changer pour un module inférieur. Changement pour un module supérieur possible en tout temps. | **Note 4 :** Les salariées travaillant 25 % ou moins du temps complet qui désirent se soustraire à l'obligation de participer à ces garanties sont invitées à consulter le contrat d'assurance collective. | **Note 5 :** La participation à cette garantie est **obligatoire** pour l'adhérente détenant une catégorie de protection autre qu'individuelle en vertu du Régime d'assurance maladie. | **Note 6 :** Si la demande est effectuée dans les 30 jours suivant la date de début de l'admissibilité, des preuves d'assurabilité sont requises seulement pour le montant de 100 000 \$. Après ce délai, des preuves d'assurabilité sont requises pour tous les montants d'assurance. | **Note 7 :** Pour adhérer à cette garantie, l'adhérente doit détenir un montant d'assurance de 100 000 \$ en vertu de la vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 \$). | **Note 8 :** Inclut les droits acquis. | **Note 9 :** Des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps.

- SERVICE DE REMBOURSEMENT PAR DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ**  
J'autorise La Capitale à déposer mes prestations d'assurance maladie et/ou soins dentaires dans mon compte bancaire. (Veillez compléter les informations bancaires ci-dessous; aucun spécimen de chèque n'est requis).

243	00005	1231	12345	123456			
N° de succursale	N° de l'institution	N° du compte	N° de succursale	N° de l'institution	N° d u compte		

#### 4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

Si protection monoparentale ou familiale, veuillez indiquer vos personnes à charge

	Prénom et nom	Sexe		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle <sup>10</sup>	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 18 ans ou plus, étudiant à temps plein <sup>11</sup>	
		F	M			Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
Conjoint		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Enfant(s)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

Note 10 : Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.

Note 11 : La Capitale se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

#### 5. RETRAIT DE PERSONNES À CHARGE

Veuillez remplir la section 3 si vous désirez modifier votre protection et nous indiquer la raison de cette modification à la section 2.

Prénom et nom	Prénom et nom
---------------	---------------

#### 6. DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRES (pour le régime d'assurance vie)

Révocable	Irrévocable	Prénom et nom	Pourcentage	Lien avec l'adhérente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**MISE EN GARDE :** Si des pourcentages sont indiqués, ceux-ci doivent totaliser 100 %. Si aucun pourcentage n'est précisé, la prestation d'assurance vie sera partagée en parts égales entre les bénéficiaires désignés. **PROVINCE DE QUÉBEC :** la désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est considérée irrévocable à moins de stipulation contraire de l'adhérente. Une désignation irrévocable peut être modifiée seulement si le bénéficiaire a atteint l'âge de la majorité et qu'il signe une renonciation à ses droits de bénéficiaire. **AUTRES PROVINCES QUE LE QUÉBEC :** une désignation de bénéficiaire est considérée révoquable à moins de stipulation contraire de l'adhérente. Une désignation irrévocable peut être modifiée seulement si le bénéficiaire a atteint l'âge de la majorité et s'il consent par écrit à ce changement.

#### 7. DÉSIGNATION DU FIDUCIAIRE POUR UN BÉNÉFICIAIRE MINEUR (ne s'applique pas à la province de Québec)

Si vous désignez un bénéficiaire n'ayant pas atteint l'âge de la majorité, vous devez nommer un fiduciaire.

Prénom et nom			
N <sup>o</sup> , rue, app.	Ville	Province	Code postal

#### 8. AUTORISATION DE L'ADHÉRENTE

« J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les cotisations requises ainsi que La Capitale et le responsable du régime à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins d'administration. De plus, j'autorise tout médecin, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le Preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet, le cas échéant, à fournir à La Capitale ou à ses prestataires de service tous les renseignements nécessaires au traitement de mon dossier. La présente autorisation est également valide, advenant mon décès, à l'égard de toute personne ou organisation détenant des renseignements requis par La Capitale ou ses prestataires de service et nécessaires au traitement de mon dossier.

J'autorise également La Capitale à communiquer ces renseignements aux personnes mentionnées ci-dessus lorsque nécessaire, dans le cadre de ses activités et du traitement de mon dossier.»

Le présent consentement est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

X \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 Signature de l'adhérente ou, si mineure, de son représentant légal  
 Année Mois Jour Téléphone

#### 9. SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

X \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 Année Mois Jour Téléphone

#### 10. AVIS

L'Assureur s'engage à recueillir et à utiliser uniquement les renseignements personnels pertinents de l'adhérente à l'objet du présent contrat. L'Assureur s'engage à prendre les mesures de sécurité raisonnables afin d'assurer la protection des renseignements personnels collectés, utilisés, communiqués, conservés ou détruits, compte tenu de leur sensibilité, de la finalité de leur utilisation, de leur quantité, de leur répartition et de leur support.

À cet effet, seuls ses représentants, mandataires, agents, sous-traitants, réassureurs, employés, commettants, officiers, administrateurs, dirigeants, associés et ayants droit, et toute autre personne responsable avec, pour ou envers elle, ainsi que les personnes que l'assurée aura autorisées et celles autorisées par la loi, auront accès aux renseignements personnels de l'adhérente, et ce, uniquement dans la mesure où ces informations sont nécessaires à l'exercice de leur fonction ou à l'exécution de leur mandat.

La communication de tout renseignement personnel de l'adhérente à un tiers devra se faire avec le consentement explicite préalable du Preneur, en respect des règles édictées par la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé et des dispositions prévues au Code civil du Québec.

<b>Pour joindre le service à la clientèle :</b>	Téléphone : 418 644-4200	La Capitale assureur de l'administration publique inc.
	Sans frais : 1 800 463-4856	625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500
	Courriel : adm.collectif@lacapitale.com	Québec (Québec) G1K 8X9 • lacapitale.com

Le présent formulaire peut être transmis à l'Assureur par la poste, par télécopieur ou par courriel aux coordonnées inscrites ci-dessus. Si vous n'avez pas transmis le document original, assurez-vous de le conserver en lieu sûr en cas de contrôle. Il est à noter que l'Assureur peut exiger le document original en tout temps aux fins de vérification.