



INFORMATIONS ESSENTIELLES POUR COMPLÉTER VOTRE FORMULAIRE D'ADHÉSION

Desjardins sécurité financière Employés non syndiqués

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"><u>Situation 1</u></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"><u>Situation 2</u></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 <u>OBLIGATOIREMENT</u> 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 C001	N° de compte
--------------------	------------------------------	--------------

B - IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Nom de l'adhérent	Prénom	N° d'identification ou de certificat	N° d'assurance sociale
Adresse - N°, rue, app.		Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Ville	Province	Code postal	
Statut d'emploi <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporaire	Travail à temps <input type="checkbox"/> complet <input type="checkbox"/> partiel : %	Salaire annuel	Date d'entrée en service ou d'embauche AAAA MM JJ
Employeur précédent	N° de compte	Date du départ AAAA MM JJ	N° d'employé

C - CHOIX DE RÉGIMES ET DE PROTECTIONS

RÉGIMES	PROTECTIONS DÉSIRÉES	DISPOSITIONS CONTRACTUELLES
BASE 1 ASSURANCE MALADIE ASSURANCE VOYAGE	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Exempté	La participation à ce régime est obligatoire. Cependant le droit de vous exempter si vous êtes protégé par une assurance similaire.
OPTIONNEL 1 3 ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE 4	Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale	La protection choisie doit être la même que celle que vous avez choisie pour le régime de base ou elle doit être individuelle. Cependant, si vous choisissez l'exemption du régime de base, vous pouvez choisir la protection que vous désirez. La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois.
OPTIONNEL 2 ASSURANCE VIE ET MMA DE BASE ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	4 L'assurance vie des personnes à charge est incluse seulement si vous avez choisi la protection monoparentale ou familiale.
ASSURANCE VIE ET MMA SUPPLÉMENTAIRES 5	Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Multiple du salaire annuel : <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x <input type="checkbox"/> 5x <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur 6	5 Vous pouvez adhérer à ces garanties seulement si vous avez adhéré aux garanties assurance vie et MMA de base et assurance salaire de longue durée. Vous devez obligatoirement fournir des preuves d'assurabilité. 6 Une tarification spécifique s'applique au statut de non-fumeur. Le statut de non-fumeur peut être choisi seulement si vous n'avez pas fumé pendant une période de 12 mois.
OPTIONNEL 3 7 ASSURANCE SOINS DENTAIRES	Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale	7 Vous pouvez adhérer au régime optionnel 3 seulement si vous avez adhéré au régime optionnel 1. Vous devez choisir la même protection que celle que vous avez choisie pour le régime optionnel 1. La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois.

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

Admissibilité :
Employé Temps partiel : 3 mois de la date d'embauche
Employé Temps complet : 1 mois de la date d'embauche

mandé(s) :	Date de l'événement de vie MM JJ
------------	-------------------------------------

Si adhésion à l'assurance-vie de base

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'adhérent	%	Date de naissance si mineur AAAA MM JJ	Veuillez cocher	
				<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable
				<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable
				<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable
				<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable

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, compagnie d'assurance vie 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, compagnie d'assurance vie 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'adhérent	Signature du responsable chez l'employeur	Date
-------------------------	---	------

BLANCHE - Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie JAUNE - Employeur ROSE - Adhérent

VERSION ÉLECTRONIQUE - Veuillez remettre une copie à l'adhérent.