



INFORMATIONS ESSENTIELLES POUR COMPLÉTER VOTRE FORMULAIRE D'ADHÉSION

La Capitale Médecins résidents

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 OU ✓ photocopie du certificat d'assurance 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.



La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
 625, rue Saint-Amable, Case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
 418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur: 418 646-1313 • adm.collectif@lacapitale.com

| | | |
|--------------|-------------------|---------------------|
| N° DE GROUPE | N° DE L'EMPLOYEUR | N° D'IDENTIFICATION |
| 4500 | 1024 | Inscrire NAS |

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM DU GROUPE: **F.M.R.Q.** NOM DE L'EMPLOYEUR: _____ N° D'EMPLOYÉ: _____

NOM: _____ PRÉNOM: _____ SEXE: M F DATE DE NAISSANCE: A M J

ADRESSE: N° RUE APP. CORRESPONDANCE: F A TÉLÉPHONE: _____

VILLE: _____ CODE POSTAL: _____ TÉLÉPHONE TRAVAIL: _____

ÉTAT CIVIL: CÉLIBATAIRE OU MARIÉ* VEUF* CONJOINT DE FAIT* DIVORCÉ* SÉPARÉ* UNION CIVILE* TRAVAIL À TEMPS: COMPLET PARTIEL: _____ (% OU _____ (NBH/SEM))

* DEPUIS LE A M J FONCTION ACTUELLE: _____ SALAIRE ANNUEL: _____ DATE D'EMPLOI: A M J DATE D'ADMISSIBILITÉ: A M J STATUT D'EMPLOI: PERMANENT AUTRE (SPÉCIFIEZ): _____

2- GARANTIE(S)

| - ASSURANCE MALADIE | ADHÉSION ¹ | | | J'AJOUTE | | | J'ENLÈVE | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Régime de base | Régime intermédiaire | Régime supérieur | Régime de base | Régime intermédiaire | Régime supérieur | Régime de base | Régime intermédiaire | Régime supérieur |
| <input type="checkbox"/> EXEMPTION* PROTECTION INDIVIDUELLE | <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 checked="" type="checkbox"/> OU PROTECTION FAMILIALE | <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"/> |

1. Le choix de régime s'appliquera jusqu'à la fin de votre résidence.
 2. Un changement de régime n'est possible que lors d'un des événements de vie prévus au contrat, à la condition de présenter la demande dans les 31 jours suivant l'évènement.

- ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT **Admissibilité**

- ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE (OBLIGATOIRE SI PROTECTION FAMILIALE RETENUE) **Employé Temps complet : 1 mois de la date d'embauche**

- ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

* POUR ÊTRE EXEMPTÉ DE LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE, L'EMPLOYÉ DOIT FOURNIR À L'EMPLOYEUR UNE COPIE DU CERTIFICAT D'ASSURANCE LE PROTÉGEANT COMME PERSONNE À CHARGE POUR UNE COUVERTURE SIMILAIRE.

3- MODIFICATIONS

RAISON(S): _____ DATE D'EFFET DE L'ÉVÉNEMENT: A M J

_____ DATE PRÉVUE DU RETOUR (S'IL Y A LIEU): A M J

4- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE

| Prénom | Nom | Sexe | Date de naissance | Prénom | Nom | Sexe | Date de naissance |
|------------|-------|---|-------------------|------------|-------|---|-------------------|
| | | A M J | A M J | | | A M J | A M J |
| Conjoint: | _____ | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | _____ | Enfant(s): | _____ | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | _____ |
| Enfant(s): | _____ | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | _____ |
| _____ | _____ | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | _____ |

5- NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE (POUR LES GARANTIES D'ASSURANCE VIE) MISE EN GARDE : LA DÉSIGNATION D'UN BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE ENTRAÎNE DES CONSÉQUENCES IMPORTANTES, NOTAMMENT, SON CONSENTEMENT SERA NÉCESSAIRE POUR LE REMPLACER ET, S'IL EST D'ÂGE MINEUR, LE CONSENTEMENT DE SON TUTEUR DEVRA ÊTRE OBTENU.

DÉSIGNATION : _____ COCHEZ VOTRE CHOIX: RÉVOCABLE IRRÉVOCABLE

LIEN AVEC L'ADHÉRENT : _____

6- DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

« J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les cotisations requises, La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (ci-après appelée 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, ainsi que 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 mandataires, tous les renseignements qu'elle détient, 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. En cas de décès, j'autorise expressément le preneur, l'employeur, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, à fournir à La Capitale ou à ses mandataires lorsque requis, tous les renseignements ou autorisations permettant le 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.

Signature de l'adhérent ou si mineur de son représentant légal: _____ Téléphone: _____ Date: _____

(VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DE L'AVIS AU VERSO)

7- SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

_____ Téléphone: _____ Date: _____