



INFORMATIONS ESSENTIELLES POUR COMPLÉTER VOTRE FORMULAIRE D'ADHÉSION

La Capitale Syndicat SCFP – FTQ

(Le syndicat canadien de la fonction publique)

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>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>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.

N° DE GROUPE 006000		N° DE L'EMPLOYEUR 0003		N° D'IDENTIFICATION Numéro d'assurance sociale	
-------------------------------	--	----------------------------------	--	--	--

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PARTICIPANT

NOM DU GROUPE: **COMITÉ PARITAIRE INTERSECTORIEL FTQ** (NOM DE L'EMPLOYEUR)

NOM: _____ PRÉNOM: _____ (N° D'EMPLOYÉ OU MATRICULE)

ADRESSE: N° _____ RUE _____ APP. _____ (CORRESPONDANCE)

VILLE: _____ (CODE POSTAL)

ÉTAT CIVIL: CÉLIBATAIRE MARIÉ* VEUF* CONJOINT DE FAIT* DIVORCÉ* SÉPARÉ* UNION CIVILE* (DEPUIS LE _____ A _____ M _____ J)

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

2- RÉGIME(S)

OBLIGATOIRE

MALADIE DE BASE (Cochez le volet COMPLET ou RÉDUIT):

INDIVIDUEL EXEMPTION (Pour être exempté du régime d'assurance maladie de base, le participant doit fournir à l'employeur la preuve qu'il est assuré en vertu d'un régime collectif d'assurance comportant une protection similaire.)

MONOPARENTAL (sans conjoint)

FAMILIAL

OPTIONNELS

Pour adhérer à un statut de protection familial ou monoparental dans les options 1 et 2, vous devez détenir le même statut dans le régime d'assurance maladie de base à moins d'en être exempté.

	ADHÉSION		MODIFICATION(S)			
	VOLET COMPLET	VOLET RÉDUIT	J'AJOUTE		J'ENLÈVE	
Durée minimale de participation de 36 mois pour le volet COMPLET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VOLET COMPLET	VOLET RÉDUIT	VOLET COMPLET	VOLET RÉDUIT
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 1	OPTION 2
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTION 1

SOINS DENTAIRES – OPTION 2

Ces garanties sont facultatives et peuvent être ajoutées séparément ou en totalité

INDIVIDUEL

MONOPARENTAL (sans conjoint)

FAMILIAL

Adhésion facultative – Durée minimale de participation de 36 mois

– MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLE DU PARTICIPANT 1 x salaire annuel

– VIE DE BASE DU CONJOINT OU DES ENFANTS À CHARGE (requis pour adhérer à la garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint)

– VIE ADDITIONNELLE DU PARTICIPANT* 1 à 5 x salaire annuel

– VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT* 1 à 20 tranches(s) de 5 000 \$

*Ces protections sont sujettes à l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur. Veuillez remplir le formulaire « Déclaration d'assurabilité » P007.

Note: Les primes payables par le (la) participant(e) sont exigibles par l'Assureur qu'il y ait ou non versement d'une paie. L'Assureur peut suspendre les protections dans les 30 jours suivant la date d'échéance de toute prime impayée.

La période d'adhésion pour un employé temps partiel = à 3 mois de la date d'embauche et à 1 mois de la date d'embauche pour un employé à temps complet.

ANNULER TOUS LES RÉGIMES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE SAUF LE RÉGIME MALADIE DE BASE

4- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE

Conjoint: _____ (Sexe: M F) Date de naissance: _____ (A _____ M _____ J)

Enfant(s): _____ (Sexe: M F) Date de naissance: _____ (A _____ M _____ J)

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

5- NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE (POUR LES GARANTIES D'ASSURANCE VIE)

DÉSIGNATION: _____ (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 TUTOR ou TUTEUR LÉGAL DEVRA ÊTRE OBTENU.)

LIEN AVEC LE PARTICIPANT: _____ (COCHÉZ VOTRE CHOIX: RÉVOCABLE IRRÉVOCABLE)

6- DÉCLARATION DU PARTICIPANT

J'accepte par les présentes, les dispositions de la police et je consens à ce que les primes nécessaires soient prélevées sur mon salaire, le cas échéant. J'accepte que mon numéro d'assurance sociale serve aux fins d'administration pour La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (ci-après appelée « La Capitale »).

J'autorise mon employeur, le preneur du contrat, La Capitale ou ses réassureurs ainsi que les représentants et mandataires à fournir, à recevoir et à échanger entre eux tous renseignements personnels relatifs à mon admissibilité, à mon assurabilité et à mes demandes de prestations en vertu du régime et à celles de mes personnes à charge, le cas échéant. 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 si elle est utilisée aux fins d'échange de renseignements.

Signature du participant 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: _____