



INFORMATIONS ESSENTIELLES POUR REMPLIR 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 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 OU ✓ photocopie du certificat d'assurance OU ✓ lettre de confirmation de l'employeur <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>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 de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) vous devez obligatoirement vous désactiver de ce programme (voir dépliant Service PRASE – Assurances collectives)</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 14 jours suivant 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 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. Vous n'avez pas à remplir le formulaire d'adhésion aux assurances collectives. | Veuillez remplir le formulaire d'adhésion et nous l'acheminer dans les 14 jours suivant votre embauche. Si vous êtes inscrits à la Régie de l'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 à prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca (photo claire et complète du formulaire acceptée)
- Remettre le formulaire (si applicable : preuve d'assurance avec votre n° d'employé) lors de votre journée d'accueil
- Par la poste à l'adresse mentionnée en bas de page

Assurez-vous d'écrire lisiblement.

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 0 0 6 0 0 0 | N° d'employeur 0 0 0 3 | N° d'identification (sera fourni par l'Assureur au moment de l'adhésion) |
|---------------------------------------|---------------------------------|--|

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PARTICIPANT

| | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|----------|--------------------------------|---|
| Nom du groupe COMITÉ PARITAIRE INTERSECTORIEL FTQ | | Nom de l'employeur CIUSSS de l'Estrie - CHUS | | N° d'employé ou matricule | |
| Nom | | Prénom | | Date de naissance (AAAA/MM/JJ) | Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| N°, rue, app. | | Ville | Province | Code postal | |
| Adresse courriel ¹ | | Téléphone principal | Poste | Téléphone (autre) | Poste |
| 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"/> marié ou uni civilement <input type="checkbox"/> conjoint de fait <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> séparé | | 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"/> temporaire <input type="checkbox"/> autre : _____ | | | |
| Fonction actuelle | Salaire annuel (temps complet) \$ | Travail à temps <input type="checkbox"/> complet <input type="checkbox"/> partiel : _____ % ou _____ heures/semaine | | | |
| Ancien établissement du réseau de la santé et des services sociaux | | | | Date de départ (AAAA/MM/JJ) | |

2. RAISON(S) DE LA (DES) MODIFICATION(S)

Raison : _____ Date d'effet de l'évènement : _____
 Obtention d'un 1^{er} poste, mariage, divorce, congé parental, adoption, naissance, décès, etc.

Je désire : Modifier les régimes de mon assurance collective
 Conserver tous les régimes de mon assurance collective
 Annuler tous les régimes de mon assurance collective, à l'exception du régime d'assurance maladie de base
 Date prévue du retour, s'il y a lieu : _____

3. RÉGIME(S)²

| | | |
|---|---|---|
| Régime d'assurance maladie de base - Obligatoire | | |
| Pour le volet complet, la durée minimale de participation est de 36 mois | Choix de volet | Statut de protection |
| | <input type="checkbox"/> Volet complet | <input type="checkbox"/> Individuel |
| | <input type="checkbox"/> Volet réduit | <input type="checkbox"/> Monoparental (sans conjoint) |
| | <input type="checkbox"/> Exemption ³ | <input type="checkbox"/> Familial |

J'adhère J'ajoute J'enlève

Pour l'assurance vie, vous devez remplir un questionnaire d'assurabilité - Communiquez avec l'équipe PRASE au poste 47777, option 1 ou par courriel à prase.assurances.collectives.estrie@sss.gov.qc.ca

| | | |
|--|---|--------------------------|
| Régimes optionnels⁴ Ces garanties sont facultatives et peuvent être ajoutées séparément ou en totalité. | | |
| <input type="checkbox"/> Option I - assurance maladie complémentaire | Statut de protection <input type="checkbox"/> Individuel | |
| <input type="checkbox"/> Option II - assurance soins dentaires | <input type="checkbox"/> Monoparental (sans conjoint) <input type="checkbox"/> Familial ⁵ | <input type="checkbox"/> |
| Pour chacune des options, la durée minimale de participation est de 36 mois . | | |
| Option III - Régime optionnel d'assurance vie⁴ | | |
| Assurance vie de base du participant⁶ - 1 fois le salaire annuel | <input type="checkbox"/> | |
| Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelle du participant - 1 fois le salaire annuel | <input type="checkbox"/> | |
| Assurance vie du conjoint et des enfants à charge du participant⁷ - Conjoint : 5 000 \$ - Enfant à charge : 2 500 \$ | <input type="checkbox"/> | |
| Assurance vie additionnelle⁸ - Participant : 1 à 5 fois le salaire annuel <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur - Conjoint : 1 à 20 tranches de 5 000 \$ <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur | _____ x le salaire _____ tranche(s) | |

Note 2 : Les primes payables par le ou 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. | **Note 3 :** Afin de bénéficier du droit d'exemption, le participant doit fournir à son employeur la preuve que lui-même et ses personnes à charge, le cas échéant, sont protégés en vertu d'un régime d'assurance collective comportant une protection similaire. | **Note 4 :** Si les garanties de ces régimes sont ajoutées en cours de contrat, des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps. Veuillez remplir les formulaires *Déclaration d'assurabilité et/ou Déclaration d'assurabilité - Régime de soins dentaires*, le cas échéant. | **Note 5 :** Pour adhérer à un statut de protection familial ou monoparental pour les options I et II, le participant doit détenir le même statut dans le régime d'assurance maladie de base, à moins d'en être exempté. | **Note 6 :** La participation à cette garantie est obligatoire pour adhérer aux autres garanties d'assurance vie. | **Note 7 :** La participation à cette garantie est obligatoire pour adhérer à la garantie d'assurance vie additionnel du conjoint. | **Note 8 :** Pour adhérer à cette garantie, des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps. Veuillez remplir le formulaire *Déclaration d'assurabilité*.

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. (Veuillez inscrire les renseignements 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° du compte |

4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

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

| | Prénom et nom | Sexe F M | Date de naissance (AAAA/MM/JJ) | Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle ⁹ | À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 18 ans ou plus, étudiant à temps plein ⁹ | |
|-----------|---------------|---|-----------------------------------|---|--|---|
| | | | | | 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 8 : Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.

Note 9 : 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 l'option III – Régime optionnel d'assurance vie)

À compléter
seulement si
adhésion à
l'option
d'assurance-vie
facultative.

| Révocable | Irrévocable | Prénom et nom | Pourcentage | Lien avec le participant |
|--------------------------|--------------------------|---------------|-------------|--------------------------|
| <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 au maximum 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 du participant. 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 du participant. 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 | | | |
| No, rue, app. | Ville | Province | Code postal |

8. SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR service PRASE

X _____ Date : _____
Signature Année Mois Jour Téléphone

9. AUTORISATION DU PARTICIPANT

« 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 ancien 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 du participant ou, si mineur, de son représentant légal AAAA/MM/JJ

10. AVIS

La Capitale désire vous aviser que les renseignements recueillis seront versés à votre dossier dont l'objet est « Assurance collective ». Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés ou prestataires de service de la compagnie y auront accès, et ce, uniquement si ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions ou à l'exécution de leur mandat. Le dossier sera conservé à l'adresse ci-dessous.

Si vous désirez accéder à votre dossier ou demander la rectification d'un renseignement inexact ou incomplet, veuillez transmettre par écrit une demande à l'attention du responsable de l'accès à l'information, Direction de l'administration.

Dans le but de rendre service à sa clientèle, il se peut que La Capitale groupe financier inc., ses filiales et représentants autorisés utilisent vos renseignements nominatifs (nom, adresse, numéro de téléphone et adresse courriel) pour vous informer des produits et services susceptibles de vous intéresser. Si toutefois vous ne désirez pas recevoir ce type d'information, écrivez-nous à l'adresse ci-dessous.

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