

## Guide explicatif – Assurances collectives

La Capitale-FTQ

---



Selon la loi sur l'assurance médicament du Québec, si votre employeur offre l'assurance médicaments vous avez l'obligation d'y adhérer et de couvrir vos personnes à charge.

Une personne salariée admissible **qui omet ou refuse de remplir sa demande d'adhésion aura automatiquement** la base médicaments et toutes couvertures obligatoires installées à votre dossier.

Afin de vous aider à compléter votre demande d'adhésion, vous trouverez ci-joint un formulaire annoté, ainsi que la foire aux questions ci-dessous.

## **Foire aux questions**

### **1. Dois-je m'adhérer aux assurances si je suis une personne retraitée réembauchée?**

Non, car aucune personne retraitée réembauchée n'est pas admissible au présent régime d'assurance collective.

### **2. Si je veux m'adhérer uniquement au minimum que dois-je choisir?**

Vous devez minimalement adhérer au régime d'assurance **Volet réduit**, à moins de bénéficier du privilège d'exemption (voir question 13).

### **3. Quel niveau de protection dois-je choisir ?**

La personne adhérente doit choisir entre les niveaux de protection suivants : **Volet réduit et Volet complet**. Pour plus d'informations à ce sujet, veuillez vous référer au document « *Zoom sur vos protections* ».

La participation au niveau de protection **Volet complet** est facultative. Cependant, toute personne qui participe à ce niveau de protection doit maintenir sa participation pendant au moins **36 mois** avant de pouvoir modifier son choix à la baisse.

### **4. Quels statuts de protections dois-je choisir?**

Le statut de protection à choisir dépend des personnes que vous devez protéger.

- Individuel : la personne adhérente (vous-même)
- Monoparental : Personne adhérente et enfant(s) à charge
- Familial : Personne adhérente, personne conjointe et/ou enfant(s) à charge

Vous êtes dans l'obligation d'assurer votre conjoint avec vous, SAUF s'il possède déjà une assurance médicaments avec son propre employeur. Votre conjoint ne peut PAS être assuré auprès de la RAMQ.

### **5. Mes personnes à charge doivent-elles avoir le même niveau de protection pour les médicaments que moi?**

Oui, la personne adhérente doit choisir un niveau de protection pour l'assurance médicaments équivalent au sien pour son conjoint et ses enfants à charge.

### **6. Dois-je adhérer au régime de soins dentaires?**

Non, la participation au régime de soins dentaires est **facultative**. Par contre, toute personne qui choisit de participer au régime de soins dentaires doit maintenir sa participation au moins **36 mois** à compter de la date d'entrée en vigueur de cette couverture.

Toutefois, si vous n'adhérez pas au régime de soins dentaires à l'embauche et décidez d'y adhérer en cours d'emploi, vous devrez remplir un formulaire d'assurabilité afin que l'assureur analyse si vous êtes ou non admissible à cette protection.

**7. Dois-je m'adhérer au régime de soins complémentaire?**

Non, la participation au régime d'assurance maladie complémentaire est **facultative**. Par contre, toute personne qui choisit de participer à ce régime doit maintenir sa participation au moins **36 mois** à compter de la date d'entrée en vigueur de cette couverture.

**8. Dois-je adhérer à l'assurance-vie de base ?**

Non, cette couverture est une protection **facultative**. Toutefois, si vous n'adhérez pas à cette protection à l'embauche et décidez d'y adhérer en cours d'emploi, vous devrez remplir un formulaire d'assurabilité afin que l'assureur analyse si vous êtes ou non admissible à cette protection.

L'assurance-vie peut être retirée à votre convenance en cours d'emploi. Il n'y a en effet, pas de période minimale d'adhésion requise par l'assureur.

**9. Dois-je adhérer à l'assurance-vie additionnelle ?**

Non, cette couverture est une protection **facultative**. Toutefois, si vous désirez bénéficier de l'assurance-vie additionnelle, vous devrez répondre aux formulaires d'assurabilité qui vous seront envoyés par l'assureur.

**10. Si je ne suis plus à l'emploi, ai-je toujours le droit à l'assurance-vie?**

Non, cette couverture prendra fin à votre départ de l'établissement.

**11. Quelle est la différence entre un bénéficiaire révocable et irrévocable?**

- Révocable : Vous pouvez changer de bénéficiaire en tout temps.
- Irrévocable : Vous pouvez changer de bénéficiaire uniquement avec le **consentement écrit** du bénéficiaire déjà nommé comme irrévocable.

**12. Qui dois-je nommer comme bénéficiaire de l'assurance-vie ?**

Le bénéficiaire est la personne qui recevra le montant d'assurance-vie si votre décès survient en cours d'emploi. Vous pouvez indiquer plusieurs bénéficiaires ou aucun bénéficiaire spécifique. Si aucun bénéficiaire n'est indiqué, le montant d'assurance-vie sera alors versé à votre succession.

**ATTENTION** : si vous désirez indiquer un enfant mineur comme bénéficiaire, veuillez prendre note que la gestion de son argent pourrait être soumise à des règles particulières. Pour plus de détails, s.v.p. consultez l'assureur ou votre notaire.

### **13. Comment bénéficier d'une exemption?**

Pour se prévaloir de son droit d'exemption, la personne adhérente doit faire la preuve qu'elle et ses personnes à charge sont assurées en vertu d'un autre régime d'assurance collective prévoyant une garantie d'assurance médicaments similaire.

Pour effectuer une demande d'exemption, vous devez obligatoirement nous faire parvenir les DEUX documents suivants :

- 1) le formulaire d'adhésion à l'assurance collective complété.
- 2) la preuve de votre couverture d'assurance. Comme preuve d'exemption, nous acceptons les documents suivants :
  - Photocopie de la carte d'assurance collective
  - Photocopie du certificat d'assurance collective
  - Lettre de confirmation de l'employeur ou de l'assureur attestant de la couverture d'assurance et des personnes assurées.



La Capitale assureur de l'administration publique inc.  
625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9  
418 644-4200 ou 1 800 463-4856  
Télécopieur : 418 646-1313 • adm.collectif@lacapitale.com

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE</b>
<input type="checkbox"/>	<b>MODIFICATION(S) À L'ASSURANCE COLLECTIVE</b>
<input type="checkbox"/>	<b>FORMULAIRE SAISI DANS L'ESPACE ADMINISTRATEUR</b>

N° de groupe <b>0 0 6 0 0 0</b>	N° d'employeur	N° d'identification (sera fourni par l'Assureur au moment de l'adhésion)
------------------------------------	----------------	--

### 1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PARTICIPANT

Nom du groupe <b>COMITÉ PARITAIRE INTERSECTORIEL FTQ</b>		Nom de l'employeur		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 <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			Depuis le (AAAA/MM/JJ)		
<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
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			

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

Raison : \_\_\_\_\_ Date d'effet de l'évènement : \_\_\_\_\_  
Obtention d'un 1<sup>er</sup> 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)<sup>2</sup>

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 checked="" type="checkbox"/> Exemption <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Familial

Obligatoire: Choisir le volet et votre statut de protection.

Régimes optionnels <sup>4</sup>	J'adhère	J'ajoute	J'enlève
<input type="checkbox"/> Option I - assurance maladie complémentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Option II - assurance soins dentaires			
Statut de protection <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Monoparental (sans conjoint) <input type="checkbox"/> Familial <sup>5</sup>			
Pour chacune des options, la durée minimale de participation est de 36 mois.			
<b>Option III - Régime optionnel d'assurance vie<sup>4</sup></b>			
<b>Assurance vie de base du participant<sup>6</sup></b> - 1 fois le salaire annuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelle du participant</b> - 1 fois le salaire annuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Assurance vie du conjoint et des enfants à charge du participant<sup>7</sup></b> - Conjoint : 5 000 \$ - Enfant à charge : 2 500 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Assurance vie additionnelle<sup>8</sup></b> - Participant : 1 à 5 fois le salaire annuel - Conjoint : 1 à 20 tranches de 5 000 \$	<input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur	_____ x le salaire	_____ x le salaire
	<input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur	_____ tranche(s)	_____ tranche(s)

Optionnel: Choisir la ou les options désirées et le statut de protection.

**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 additionnelle 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).

N° de succursale			N° de succursale		N° de l'institution		N° du compte	
11 243 11	100005	1231	12345	123456				

#### 4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe F M	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle <sup>8</sup>	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 18 ans ou plus, étudiant à temps plein <sup>9</sup>	
					Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
Conjoint		<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"/>		

À compléter  
uniquement,  
si vous avez le  
statut familial ou  
monoparental.

**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)

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"/>			

À compléter  
uniquement, si vous  
avez choisi de  
l'assurance-vie.

**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 révoquée 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

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 obligatoire AAAA/MM/JJ  
Signature du participant ou, si mineur, de son représentant légal

#### 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.

<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.