

Guide explicatif – Assurances collectives

La Capitale-FIQ



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 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 **Bronze** ainsi qu'à toutes les garanties obligatoires prévues au contrat, 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 : **Bronze, Argent ou Or**. La participation au niveau de protection Argent et Or est facultative. Pour plus d'informations à ce sujet, veuillez vous référer au document « *Sommaire des protections* ».

Cependant, toute personne qui participe à l'un de ces niveaux doit maintenir sa participation pendant au moins **24 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 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 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.

7. Dois-je adhérer à l'assurance salaire de longue durée?

Oui, cette couverture est **obligatoire**. Ce régime complète le régime d'assurance salaire prévu à la convention collective de travail.

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

Oui, cette couverture est une protection **obligatoire**.

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.



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

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

N° de groupe	N° d'employeur
1 0 3 0 0 0	

N° d'assurance sociale (NAS)

N° d'identification (sera fourni par l'Assureur au moment de l'adhésion)

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENTE

Nom du groupe FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC	Nom de l'employeur	N° d'employée
---	--------------------	---------------

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
-----	--------	--------------------------------	--	---

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"/> mariée ou unie civilement <input type="checkbox"/> conjointe de fait <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> séparée	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"/> autre (spécifier) : _____
----------------------------	-----------------------------------	---

Fonction actuelle	Salaire annuel _____ \$	Travail à temps <input type="checkbox"/> complet <input type="checkbox"/> partiel : _____ % ou _____ heures/semaine
-------------------	----------------------------	---

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

<input type="checkbox"/> Événement de vie (naissance, mariage, etc.) : _____	Date d'effet de l'événement Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Révision annuelle du % de temps de travail	

Veillez cocher la ou les modification(s) que vous désirez apporter à vos régimes d'assurance à la section 3 ci-dessous.

3. RÉGIMES

Régime d'assurance maladie - Obligatoire	
Choix de module	Catégorie de protection
<input type="checkbox"/> Bronze	<input type="checkbox"/> Individuelle
<input type="checkbox"/> Argent	<input type="checkbox"/> Monoparentale (sans conjoint)
<input type="checkbox"/> Or	<input type="checkbox"/> Familiale
<input type="checkbox"/> Exemption ²	En cas d'exemption, vous devez nous fournir la preuve que vous êtes assuré avec un autre assureur.
Période minimale de participation au module choisi de 24 mois ³	

Régime de soins dentaires (Optionnel)
Catégorie de protection
<input type="checkbox"/> Individuelle
<input type="checkbox"/> Monoparentale (sans conjoint)
<input type="checkbox"/> Familiale
<input type="checkbox"/> Je mets fin à ma participation au régime
Période minimale de participation au régime de 36 mois

	J'adhère	J'ajoute	J'enlève
Régime d'assurance vie⁴			
Vie de base de l'adhérente (incluant Mort et mutilation accidentelles de base de l'adhérente) - Montant : 5 000 \$	<input checked="" type="checkbox"/>		(Obligatoire)
Vie du conjoint et des enfants à charge⁵		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 \$) (incluant Mort et mutilation accidentelles additionnelle de l'adhérente)	Veillez cocher le montant d'assurance désiré pour cette garantie ⁶ :		
	<input type="checkbox"/> 5 000 \$	<input type="checkbox"/> 10 000 \$	<input type="checkbox"/> 15 000 \$
	<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 75 000 \$	<input type="checkbox"/> 100 000 \$
	<input type="checkbox"/> 25 000 \$	<input type="checkbox"/> Aucun	
Vie additionnelle de l'adhérente (plus de 100 000 \$) ^{7 et 8} - 1 à 16 tranches de 25 000 \$ ⁹	Nombre de tranches :	_____	_____
Vie additionnelle du conjoint⁸ - 1 à 20 tranches de 25 000 \$ ⁹	Nombre de tranches :	_____	_____
Régime d'assurance invalidité de longue durée⁴	<input checked="" type="checkbox"/>		(Obligatoire)

Note 2 : Afin de bénéficier du droit d'exemption, la salariée doit établir qu'elle-même et ses personnes à charge sont protégées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires. | **Note 3 :** Cette période doit être complétée avant de pouvoir changer pour un module inférieur. Changement pour un module supérieur possible en tout temps. | **Note 4 :** Les salariées travaillant 25 % ou moins du temps complet qui désirent se soustraire à l'obligation de participer à ces garanties sont invitées à consulter le contrat d'assurance collective. | **Note 5 :** La participation à cette garantie est **obligatoire** pour l'adhérente détenant une catégorie de protection autre qu'individuelle en vertu du Régime d'assurance maladie. | **Note 6 :** Si la demande est effectuée dans les 30 jours suivant la date de début de l'admissibilité, des preuves d'assurabilité sont requises seulement pour le montant de 100 000 \$. Après ce délai, des preuves d'assurabilité sont requises pour tous les montants d'assurance. | **Note 7 :** Pour adhérer à cette garantie, l'adhérente doit détenir un montant d'assurance de 100 000 \$ en vertu de la vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 \$). | **Note 8 :** Inclut les droits acquis. | **Note 9 :** Des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps.

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. (Veillez compléter les informations bancaires ci-dessous; aucun spécimen de chèque n'est requis).

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

N° de succursale	N° de l'institution	N° d u compte

4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

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

	Prénom et nom	Sexe		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle ¹⁰	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 18 ans ou plus, étudiant à temps plein ¹¹	
		F	M			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"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

Note 10 : Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.

Note 11 : 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 le régime d'assurance vie) À compléter car l'assurance-vie est obligatoire.

Révocable	Irrévocable	Prénom et nom	Pourcentage	Lien avec l'adhérente
<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 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 de l'adhérente. 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 révocable à moins de stipulation contraire de l'adhérente. 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			
N°, rue, app.	Ville	Province	Code postal

8. AUTORISATION DE L'ADHÉRENTE

« 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 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 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.

 Signature obligatoire _____ Date : _____
 Signature de l'adhérente ou, si mineure, de son représentant légal _____ Année Mois Jour Téléphone

9. SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

 _____ Date : _____
 Année Mois Jour Téléphone

10. AVIS

L'Assureur s'engage à recueillir et à utiliser uniquement les renseignements personnels pertinents de l'adhérente à l'objet du présent contrat. L'Assureur s'engage à prendre les mesures de sécurité raisonnables afin d'assurer la protection des renseignements personnels collectés, utilisés, communiqués, conservés ou détruits, compte tenu de leur sensibilité, de la finalité de leur utilisation, de leur quantité, de leur répartition et de leur support.

À cet effet, seuls ses représentants, mandataires, agents, sous-traitants, réassureurs, employés, commettants, officiers, administrateurs, dirigeants, associés et ayants droit, et toute autre personne responsable avec, pour ou envers elle, ainsi que les personnes que l'assurée aura autorisées et celles autorisées par la loi, auront accès aux renseignements personnels de l'adhérente, et ce, uniquement dans la mesure où ces informations sont nécessaires à l'exercice de leur fonction ou à l'exécution de leur mandat.

La communication de tout renseignement personnel de l'adhérente à un tiers devra se faire avec le consentement explicite préalable du Preneur, en respect des règles édictées par la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé et des dispositions prévues au Code civil du Québec.

Pour joindre le service à la clientèle :
 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.