



## INFORMATIONS ESSENTIELLES POUR REMPLIR VOTRE FORMULAIRE D'ADHÉSION

### Desjardins sécurité financière Personnel non syndiqué

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 :

<b>Situation 1</b> Je suis actuellement couvert(e) par un autre employeur, ou par l'assurance de mon conjoint ou celle de mes parents	<b>Situation 2</b> Je suis assuré(e) par la RAMQ ou je ne suis pas couverte par un autre assureur, je dois donc adhérer à l'assurance
<p>Vous devez remplir le formulaire d'assurance en cochant la case « <b>Exemption</b> ». (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"><li>✓ photocopie de la carte d'assurance</li><li>OU</li><li>✓ photocopie du certificat d'assurance</li><li>OU</li><li>✓ lettre de confirmation de l'employeur</li></ul> <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 d'assurance maladie du Québec (RAMQ) vous devez obligatoirement vous désactiver de ce programme (voir dépliant Service PRASE – Assurances collectives)</p>
<p><i>A noter que dans les deux situations vous devez <b>OBLIGATOIREMENT</b> remplir le formulaire d'adhésion qui vous sera remis lors de votre journée d'accueil et retourner le tout dans les 14 jours suivants votre embauche.</i></p> <p><b>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.</b></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?

<b>Situation 1</b> Je suis retraité(e) <b>et je bénéficie du régime de retraite RREGOP</b> (réseau de la santé, de l'éducation et Fonction publique)	<b>Situation 2</b> Je suis retraité, mais je ne bénéficie pas du régime de retraite RREGOP (réseau de la santé, de l'éducation et Fonction publique)
<p>Vous n'êtes plus admissible à l'assurance collective.</p> <p><b>Vous n'avez pas à compléter le formulaire d'adhésion aux assurances collectives.</b></p>	<p>Veillez compléter le formulaire d'adhésion et nous l'acheminer <b>dans les 14 jours</b> suivants votre embauche.</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>

## 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](mailto: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° matricule) 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 2 puis option 1.**



Assurances

Vie • Santé • Retraite

C. P. 3000  
Lévis (Québec) G6V 9X8

Retournez ce formulaire rempli et signé par courriel à  
[prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca](mailto:prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca)

ASSURANCE COLLECTIVE – ADMINISTRATION DES CONTRATS

## DEMANDE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATIONS

### RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DES EMPLOYÉS SYNDICABLES NON SYNDIQUÉS ET DES EMPLOYÉS NON SYNDICABLES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC – C001

Je désire : ☒ adhérer à l'assurance collective ☐ modifier mon assurance collective

#### A IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR – Veuillez écrire

Nom de l'employeur **CIUSSS de l'Estrie - CHUS**

EMPLOYÉS SYNDICABLES NON SYNDIQUÉS ET NON SYNDIQUÉS

#### Admissibilité :

**Employé Temps partiel : 3 mois de la date d'embauche**

**Employé Temps complet : 1 mois de la date d'embauche**

#### B IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Nom de l'adhérent

Prénom

N° d'identification ou de certificat

Adresse – N°, rue, app.

Date de naissance

Sexe

Langue

Ville

Province

Code postal

AAAA

MM

JJ

☐ M

☐ Français

☐ F

☐ Anglais

Statut d'emploi

Travail à temps

Salaire annuel

Date d'entrée en service ou d'embauche

N° d'employé

☐ Permanent

☐ Complet

AAAA

MM

JJ

☐ Temporaire

☐ Partiel :

%

Employeur précédent

N° de compte

Date du départ

AAAA

MM

JJ

#### C CHOIX DE RÉGIMES ET DE PROTECTIONS

Si vous arrivez d'un autre centre de santé, veuillez indiquer l'ancien employeur, no de compte et la date du départ.

##### RÉGIMES

##### PROTECTIONS DÉSIRÉE

##### PROTECTIONS CONTRACTUELLES

##### BASE

Assurance maladie

Assurance voyage

☐ Individuelle

☐ Familiale

☐ Monoparentale

☐ Exemption

Vous avez cependant le droit de vous exempter si vous êtes protégé par une assurance similaire.

##### OBLIGATOIRE 2

Assurance vie de base de l'adhérent

Assurance de base en cas d'accident de l'adhérent

Assurance salaire de longue durée

☐ Je désire renoncer à l'assurance salaire de longue durée.\*

**La participation à ce régime est obligatoire, sous réserve du droit de renonciation à l'assurance salaire de longue durée. \*\***

\* Vous devez remplir le formulaire *Renonciation à l'assurance salaire de longue durée* pour vous prévaloir de ce droit.

**\*\* Certaines conditions s'appliquent.**

##### OPTIONNEL 1

Assurance maladie complémentaire

Assurance vie des personnes à charge

Je désire adhérer : ☐ Oui ☐ Non

☐ Individuelle

☐ Familiale

☐ Monoparentale

La protection choisie doit être la même que celle que vous avez choisie pour le régime de base. Cependant, si vous avez choisi l'exemption du régime de base, vous pouvez choisir la protection que vous désirez.

**La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois.**

L'assurance vie des personnes à charge est incluse seulement si vous avez choisi la protection monoparentale ou familiale.

##### OPTIONNEL 2

Assurance vie et assurance en cas d'accident supplémentaires

Je désire adhérer : ☐ Oui ☐ Non

Multiple du salaire annuel :

☐ 1x

☐ 2x

☐ 3x

☐ 4x

☐ 5x

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous une forme quelconque, incluant la cigarette électronique ou autre substitut de tabac?

☐ Oui

☐ Non

Vous devez remplir le Rapport d'assurabilité n° 20009. Il doit parvenir à l'assureur dans les quarante-cinq (45) jours suivant votre demande. Après ce délai, votre demande sera automatiquement annulée et vous devrez en envoyer une nouvelle.

Une tarification spécifique s'applique au statut de non-fumeur.

Le statut de non-fumeur peut être choisi seulement si vous n'avez pas fumé pendant une période de 12 mois.

##### OPTIONNEL 3

Assurance soins dentaires

Je désire :

☐ Individuelle

☐ Familiale

☐ Monoparentale

Vous pouvez adhérer au régime optionnel 3 seulement si vous avez adhéré au régime optionnel 1. Vous pouvez choisir la même protection que celle du régime optionnel 1 ou la protection individuelle.

**La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois.**

Pour les résidents du Québec seulement : La loi prévoit un délai de 10 jours pour annuler une garantie facultative (applicable aux régimes optionnels 1, 2 et 3).

Pour connaître les conditions, consulter le formulaire *Avis de résolution* n° 19210F sur [desjardinsassurancevie.com/adherent](http://desjardinsassurancevie.com/adherent).

**VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO.**

10006F (2022-04)

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

## D MODIFICATIONS – Cochez de nouveau tous les régimes et toutes les protections désirés.

Veillez indiquer l'événement de vie justifiant le(s) changement(s) demandé(s) :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Décès  | <input type="checkbox"/> Union de fait (minimum de douze mois)              |
| <input type="checkbox"/> Divorce, séparation ou fin de vie commune                    | <input type="checkbox"/> Cessation de l'assurance du conjoint               |
| <input type="checkbox"/> Fin de l'admissibilité des enfants à charge                  | <input type="checkbox"/> Naissance, adoption ou prise en charge d'un enfant |
| <input type="checkbox"/> Admissibilité du conjoint à un régime d'assurance collective | <input type="checkbox"/> Retour aux études d'un enfant                      |
| <input type="checkbox"/> Mariage ou union civile                                      | <input type="checkbox"/> Aucun événement de vie                             |

Date de l'événement de vie

AAAA MM JJ

## E DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES POUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE VIE

**BÉNÉFICIAIRE RÉVOCABLE :** signifie que la désignation du bénéficiaire ou du bénéficiaire subsidiaire peut être changée sans son consentement.

**BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE :** signifie que la désignation du bénéficiaire ou du bénéficiaire subsidiaire NE PEUT être changée sans son consentement. La désignation IRRÉVOCABLE d'une personne mineure ne pourra être changée avant sa majorité.

### PROVINCE DE QUÉBEC

- La désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire ou de bénéficiaire subsidiaire est IRRÉVOCABLE à moins que vous ne cochiez la case Désignation révocable suivante :

☐ Désignation révocable – Je peux modifier cette désignation à tout moment.

- La désignation de toute autre personne à titre de bénéficiaire ou de bénéficiaire subsidiaire est RÉVOCABLE. Si vous désirez rendre leurs désignations irrévocables, veuillez utiliser le formulaire *Demande de désignation ou de changement de bénéficiaires, de bénéficiaires subsidiaires ou de fiduciaire* n° 20007.

### TOUTES LES AUTRES PROVINCES

- La désignation de tous les bénéficiaires et de tous les bénéficiaires subsidiaires est RÉVOCABLE. Si vous désirez rendre certaines désignations irrévocables, veuillez utiliser le formulaire *Demande de désignation ou de changement de bénéficiaires, de bénéficiaires subsidiaires ou de fiduciaire* n° 20007.

### BÉNÉFICIAIRES

Nom et prénom	Lien avec l'adhérent			%
1	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
2	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
3	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
4	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	

**BÉNÉFICIAIRES SUBSIDIAIRES :** Personnes désignées pour recevoir le montant assuré si les bénéficiaires désignés en premier lieu sont décédés au moment où il devient payable.

Nom et prénom	Lien avec l'adhérent			%
1	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
2	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	

## F DÉSIGNATION D'UN FIDUCIAIRE – Ne s'applique pas au Québec : les dispositions du Code civil s'appliquent et vous NE DEVEZ PAS remplir cette section.

Pour toutes les provinces à l'exception du Québec : remplir cette section uniquement si vous avez désigné un bénéficiaire mineur.

Le fiduciaire désigné recevra pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances. La réception de tels montants par le fiduciaire constitue une quittance pour Desjardins Assurances. Une désignation est valide jusqu'à la désignation d'un nouveau fiduciaire ou jusqu'au moment où le bénéficiaire aura atteint l'âge de la majorité, selon le premier de ces événements.

Nom et prénom du fiduciaire :

## G DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande sont complets et véridiques. Je reconnais que toutes les garanties offertes dans le contrat sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions qu'il contient. Je reconnais avoir pris connaissance de tous les renseignements indiqués dans le présent formulaire et en avoir reçu une copie. En cas de décès, j'autorise expressément mon ou mes bénéficiaires, héritiers ou liquidateurs de ma succession, à fournir à Desjardins Assurances ou ses réassureurs tous les renseignements ou autorisations jugés nécessaires pour l'étude de la demande de prestations et l'obtention de pièces justificatives. L'autorisation vaut également pour mes enfants mineurs dans la mesure où ils sont visés par la demande. J'autorise Desjardins Assurances, ses mandataires et ses fournisseurs à recueillir, à utiliser mes renseignements et ceux de mon conjoint ou de mes personnes à charge et à les communiquer à des personnes ou organismes (pharmacies, professionnels de la santé, institutions, agences d'enquête et assureurs) à des fins de tarification, de gestion optimale de la santé, de vérification et de règlement des prestations. J'autorise mon employeur à déduire les cotisations requises de mon salaire. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent :

Signature du responsable  
au secteur PRASE :

Date :

### GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Desjardins Assurances conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des services d'assurance collective qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de Desjardins Assurances qui en ont besoin pour leur travail. Desjardins Assurances peut faire une compilation de renseignements rendus anonymes à des fins statistiques et d'information. Desjardins Assurances peut aussi communiquer avec ses assurés à des fins de gestion optimale de leur santé. Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Assurances, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2. Desjardins Assurances peut utiliser la liste de ses clients afin d'offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Si vous ne voulez pas recevoir une telle offre, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels chez Desjardins Assurances.

RÉGIME ADMINISTRÉ AU MOYEN DU SITE SÉCURISÉ  
DESTINÉ AUX ADMINISTRATEURS

Veillez conserver l'original et en remettre une copie à l'adhérent.

RÉGIME ADMINISTRÉ PAR L'ASSUREUR

Veillez retourner l'original à Desjardins Assurances  
et en remettre une copie à l'adhérent.