



INFORMATIONS ESSENTIELLES POUR COMPLÉTER VOTRE FORMULAIRE D'ADHÉSION

La Capitale Médecins résidents

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"><u>Situation 1</u></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"><u>Situation 2</u></p> <p align="center">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>
<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 d'assurance maladie du Québec (RAMQ) vous devez obligatoirement vous désactiver de ce programme (voir dépliant Service PRASE – Assurances collectives)</p>
<p align="center"><i>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 suivants votre embauche.</i></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.

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. 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 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 2 puis option 1.

N° de groupe 0 0 4 5 0 0	N° d'employeur 1 0 2 4	N° d'identification (sera fourni par l'Assureur au moment de l'adhésion)
---------------------------------------	---------------------------------	--

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom du groupe F.M.R.Q	Nom de l'employeur CIUSSE-CHUS	N° d'employé	N° de permis du CMQ
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"/> 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) 2021-07-01	Date d'admissibilité (AAAA/MM/JJ) 2021-08-01	Statut d'emploi <input checked="" type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> autre : _____	
Fonction actuelle R1	Salaire annuel 48273\$	Travail à temps <input checked="" 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 : _____
Mariage, divorce, union de fait, séparation de fait, adoption, naissance, décès, etc. AAAA/MM/JJ

3. GARANTIES

IMPORTANT : Les renseignements indiqués sur ce formulaire doivent s'interpréter en complémentarité avec les dispositions contractuelles.

Garantie d'assurance maladie		
Choix de régime ² <input type="checkbox"/> Régime de base <input checked="" type="checkbox"/> Régime intermédiaire <input type="checkbox"/> Régime supérieur	Choix de protection <input checked="" type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Exemption ³
Admissibilité Employé temps complet : 1 mois de la date d'embauche		J'adhère J'enlève
Garantie d'assurance vie de base de l'adhérent⁴		
- 1 fois le salaire annuel		<input checked="" type="checkbox"/>
Garantie d'assurance vie des personnes à charge⁵		
- Conjoint : 5 000 \$		<input type="checkbox"/>
- Enfant à charge ⁶ : 2 500 \$		<input type="checkbox"/>
Garantie d'assurance salaire de longue durée		
		<input checked="" type="checkbox"/>

Note 2 : Un changement de régime est possible le 1^{er} juillet de l'année au cours de laquelle vous atteignez le niveau R3 ou lors d'un des événements de vie prévus au contrat, à la condition de présenter la demande dans les 60 jours suivant l'évènement. | **Note 3 :** IMPORTANT – Pour être exempté de participer à ces garanties, l'adhérent doit fournir à l'employeur la preuve que lui et ses personnes à charge, le cas échéant, sont assurés en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des protections similaires. | **Note 4 :** Le montant d'assurance vie payable au décès de l'adhérent est égal à une fois son salaire annuel établi à la date du décès ou à la date du début de l'exonération des primes, si celle-ci est antérieure. | **Note 5 :** L'adhésion à cette garantie est obligatoire si l'adhérent détient un statut de protection autre qu'individuel en assurance maladie. | **Note 6 :** Âgé d'au moins 24 heures.

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 l'institution	N° du compte	N° de succursale	N° de l'institution	N° du compte	

4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant à charge atteint d'une déficience fonctionnelle ⁷	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 18 ans ou plus, étudiant à temps plein ⁹	
		F	M			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 7 : Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre. | **Note 8 :** 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 les garanties d'assurance vie)

Révocable	Irrévocable	Prénom et nom	Pourcentage	Lien avec l'adhérent
<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 de l'adhérent. 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 de l'adhérent. 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 au service PRASE

X

Signature

Date : _____ Téléphone : _____

AAAA/MM/JJ

9. AUTORISATION DE L'ADHÉRENT

« 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. 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.

X

Signature manuscrite obligatoire

Date : _____

Signature de l'adhérent 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
Sans frais : 1 800 463-4856
Courriel : adm.collectif@lacapitale.com

La Capitale assureur de l'administration publique inc.
625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9 • lacapitale.com