

GUIDE | Régime d'assurance collective FTQ BENEVA

Garanties d'assurance		Statuts	Adhésion	Modification
Régimes d'assurance maladie	Volet réduit Volet complet	Individuel Monoparental (sans conjoint) Familial Exemption	Participation obligatoire avec droit d'exemption Volet complet avec statut individuel octroyé par défaut en l'absence de choix	Participation minimale de <u>36 mois</u> pour le volet complet avant de modifier le choix à la baisse Modification à la hausse et droit d'exemption permis en tout temps En cas d'événement, modification acceptée rétroactivement à la date d'événement si la demande est acheminée dans les 30 jours
Option 1 (facultatif)	Assurance maladie complémentaire	Peut être inférieur ou égal au statut du régime d'assurance maladie Individuel Monoparental (sans conjoint) Familial	Participation minimale de <u>36 mois</u> avant de pouvoir y mettre fin	
Option 2 (facultatif)	Assurance soins dentaires	Peut être inférieur ou égal au statut du régime d'assurance maladie Individuel Monoparental (sans conjoint) Familial	Participation minimale de <u>36 mois</u> avant de pouvoir y mettre fin	
Option 3 (facultatif)	Assurance vie de base de la personne adhérente		1 fois le salaire annuel	1 fois le salaire annuel Preuves d'assurabilité requises
	Assurance en cas de mort et mutilation de la personne adhérente		1 fois le salaire annuel	1 fois le salaire annuel Preuves d'assurabilité requises
	Assurance vie des personnes à charge (conjoint et enfants)		5 000\$ au décès de la personne conjointe assurée 2 500\$ au décès de chaque enfant à charge assuré	Preuves d'assurabilité requises 5 000\$ au décès de la personne conjointe assurée 2 500\$ au décès de chaque enfant à charge assuré
	Assurance vie additionnelle de la personne adhérente		1 à 5 fois le salaire annuel Preuves d'assurabilité requises en tout temps	
	Assurance vie additionnelle de la personne conjointe		1 à 20 tranches de 5 000\$ Preuves d'assurabilité requises en tout temps	

*Le personnel retraité et les externes en soins infirmiers ne sont pas éligibles à l'assurance collective.



GUIDE | Régime d'assurance collective FTQ BENEVA



par La Capitale

Beneva

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@beneva.ca

- ☐ 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
2 8 9 2

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 CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST		N° d'employé ou matricule	
Nom		Prénom		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe ☐ F ☐ M
N°, rue, app.		Ville		Province	Code postal
Adresse courriel ¹		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 ☐ célibataire ☐ marié ou uni civilement ☐ conjoint de fait ☐ veuf ☐ divorcé ☐ séparé		Depuis le (AAAA/MM/JJ)			
Date d'emploi (AAAA/MM/JJ) DATE D'EMBAUCHE		Date d'admissibilité (AAAA/MM/JJ) si permanent : 1 mois après l'embauche si temporaire : 3 mois après l'embauche		Statut d'emploi ☐ permanent ☐ temporaire ☐ autre : permanent: titulaire d'un poste temporaire: occupe un remplacement	
Fonction actuelle TITRE D'EMPLOI		Salaires annuels (temps complet) APPROXIMATIF \$		Travail à temps ☐ complet ☐ partiel : _____ % ou _____ heures/semaine	

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

Raison : _____ Date d'effet de l'événement : _____

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. RÉGIMES²

Régime d'assurance maladie de base - Obligatoire			
Pour le volet complet, la durée minimale de participation est de 36 mois	Choix de volet ☐ Volet complet ☐ Volet réduit ☐ Exemption ³ si vous êtes déjà couvert par une assurance médicaments autre que la RAMQ		Statut de protection ☐ Individuel ☐ Monoparental (sans conjoint) ☐ Familial
			J'adhère J'ajoute J'enlève
Régimes optionnels			
☐ Option I - assurance maladie complémentaire	Statut de protection peut être différent de celui du régime d'assurance maladie de base ☐ Individuel ☐ Monoparental (sans conjoint) ☐ Familial ⁴		☐ ☐ ☐
☐ Option II - assurance soins dentaires			☐ ☐ ☐
Pour chacune des options, la durée minimale de participation est de 36 mois .			
Option III - Régime optionnel d'assurance vie ⁵			
Assurance vie de base du participant ⁶ OBLIGATOIRE si vous voulez l'assurance en cas de mort et mutilation accidentelle, l'assurance vie des personnes à charge ou de l'assurance vie additionnelle		☐ ☐ ☐	
Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelle du participant - 1 fois le salaire annuel		☐ ☐ ☐	
Assurance vie du conjoint et des enfants à charge du participant ⁶ - Conjoint : 5 000 \$ - Enfant à charge : 2 500 \$		☐ ☐ ☐	
Assurance vie additionnelle ⁷ preuves d'assurabilité requises en tout temps		☐ Fumeur ☐ Non-fumeur	
- Participant : 1 à 5 fois le salaire annuel - Conjoint : 1 à 20 tranches de 5 000 \$		x le salaire x le salaire x le salaire tranche(s) tranche(s) tranche(s)	

à l'adhésion : acceptées si demandées

modification : preuves d'assurabilité requises

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 : 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 5 : La participation à cette garantie est obligatoire pour adhérer aux autres garanties d'assurance vie. | Note 6 : La participation à cette garantie est obligatoire pour adhérer à la garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint. | Note 7 : Pour adhérer à cette garantie, des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps. Veuillez remplir le formulaire Déclaration d'assurabilité.

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest



GUIDE | Régime d'assurance collective FTQ BENEVA

4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE OBLIGATOIRE avec les statuts monoparentale et familiale

	Prénom et nom	Sexe F M	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle ¹	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 18 ans ou plus, étudiant à temps plein ²
Conjoint		☐ ☐			Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ) Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
Enfant(s)		☐ ☐		☐	
		☐ ☐		☐	
		☐ ☐		☐	
		☐ ☐		☐	

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
☐	☐	Révocable: peut être changé en tout temps		
☐	☐	Irrévocable: peut être changé avec l'accord de la personne bénéficiaire		
☐	☐	En l'absence de bénéficiaires, ce sont les héritiers légaux qui seront mis.		

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

 **SIGNATURE DE LA PERSONNE RESPONSABLE AU SERVICE DE LA RÉMUNÉRATION** 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.

 **VOTRE SIGNATURE** Date : _____
Signature du participant ou, si mineur, de son représentant légal AAAA/MM/JJ