

Guide explicatif – Assurances collectives

SSQ- APTS



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 **Maladie de base** ainsi qu'à toutes les garanties obligatoires prévues au contrat, à moins de bénéficier du privilège d'exemption. (Voir question 15).

3. Quel niveau de protection dois-je choisir ?

La personne adhérente doit choisir entre les niveaux de protection suivants : **Maladie de base, Maladie intermédiaire ou Maladie supérieur**. Pour plus d'informations à ce sujet, veuillez vous référer au document « *En un coup d'œil* ».

La participation au niveau de protection **Maladie intermédiaire et Maladie supérieur** est facultative. 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 : Personne adhérente (vous-même)
- Monoparental : Personne adhérente et enfant(s) à charge
- Couple : Personne adhérente et personne conjointe
- 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 **48 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 **obligatoire**, mais la personne salariée peut se prévaloir de son droit de renonciation. Par contre, l'assurance-vie couvrant les personnes à charge demeure.

9. Qui peut demander une renonciation à l'assurance-vie?

Toute personne adhérente qui est protégée par une police **individuelle** d'assurance-vie d'au moins 25 000\$.

10. Que dois-je faire pour renoncer à l'assurance-vie?

Pour ce faire, vous devez remplir le formulaire « Demande de renonciation au régime d'assurance-vie de base de la personne adhérente » accompagné de la preuve de votre couverture.

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

Non, cette couverture est une protection **facultative**.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

Formulaire à remplir pour les employés de la catégorie 4- Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux



LA PERSONNE ADHÉRENTE DOIT REMPLIR LES SECTIONS 1-2-3-7 ET LES SECTIONS 4 ET 6 SI NÉCESSAIRE
L'EMPLOYEUR DOIT REMPLIR LA SECTION 5
LA SECTION 8 EST RÉSERVÉE À SSQ

C.P. 10500, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6



Remplir les sections pertinentes

DEMANDE D'ADHÉSION X
DEMANDE DE CHANGEMENT

S'EMPLOIE SANS CARBONE — ÉCRIRE FERMEMENT S.V.P.

1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE									
1.1 Nom			1.2 Prénom			1.3 N° d'assurance sociale			
2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX									
2.1 Adresse					2.2 Code postal				
2.3 N° tél. au travail		2.4 N° tél. à la résidence		2.5 Date de naissance		2.6 Sexe		2.7 Communication	
DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE									
Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____ Sexe _____									
3 RÉGIMES (Choix du régime obligatoire)			ADHÉSION			CHANGEMENT			
3.1 RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (obligatoire)			Ind Mono Couple Fam Exemption*			Ind Mono Couple Fam Exemption*			
3.2 RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES (facultatif)			Ind Mono Couple Fam Exemption*			Ind Mono Couple Fam Exemption* Retrait			
3.3 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I (obligatoire)			Obligatoire (voir note 5 au verso)			Renonciation (voir note 5 au verso)			
a) Assurance vie de base de la personne adhérente			Obligatoire (voir note 5 au verso)			AUGMENTER À _____ fois (indiquez le nombre de fois le salaire annuel brut désiré) RÉDUIRE À _____ fois (indiquez le nombre de fois le salaire annuel brut désiré)			
b) Assurance vie additionnelle de la personne adhérente			Obligatoire (voir note 6 au verso)			Obligatoire (voir note 6 au verso)			
c) Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge			Obligatoire (voir note 6 au verso)			AUGMENTER À _____ tranches(s) de 10 000 \$ RÉDUIRE À _____ tranches(s) de 10 000 \$			
d) Assurance vie additionnelle de la personne conjointe			Obligatoire			Retrait (voir note 8 au verso)			
e) Assurance salaire de longue durée			Obligatoire						

* La section 5.13 doit être remplie par l'employeur.

5 EMPLOYEUR									
5.1 NOM DE L'ORGANISME					5.2 N° D'ÉTABLISSEMENT			5.3 N° DE GROUPE	
5.4 N° D'EMPLOYÉ		5.5 Date d'emploi		5.6 Date d'admissibilité		5.7 Reçu de l'employé		5.8 STATUT D'ENGAGEMENT ET DÉLAI D'ADMISSIBILITÉ	
5.9 EST-CE QUE LA PERSONNE ADHÉRENTE EST PRÉSENTEMENT ABSENTE DU TRAVAIL?									
5.10 RÉVISION DU POURCENTAGE DU TEMPS TRAVAILLÉ									
5.11 SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE									
5.12 JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS SONT EXACTS ET COMPLETS.									
5.13 EXEMPTION (Voir note 3 au verso)									
5.14 REMARQUES									

6 DÉCLARATION DE PERSONNE NON-FUMEUSE - pour l'assurance vie additionnelle									
6.1 Date: _____ À compléter uniquement si vous avez choisi 3.3.b									
6.2 Signature: _____ 6.3 Date: _____ À compléter uniquement si vous avez choisi 3.3.d									
6.4 Signature: _____									

7 SIGNATURE									
7.1 Date: _____ 7.2 Signature de la personne adhérente: _____									

8 SECTION SSQ											
N° groupe		N° certificat		En vigueur			Classe		Adhèrent sélection		
X									Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		
MAL.		FRAIS DENT.		I.H.		R.I.P.		VIE		M.M.A.	
BASE		ADD.		VIE		M.M.A.		VIE		M.M.A.	
				P.A.C.		CONJOINT		ENFANTS		RENTES SURV.	
Adhèrent(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>											
Conjoint(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>											
Codifié par _____ le _____ Code certificat _____											

Dans le présent document, SSQ désigne SSQ, Société d'assurance-vie inc.

*En cas d'exemption, vous devez nous fournir la preuve que vous êtes assuré avec un autre assureur.