

GUIDE ADMINISTRATIF



RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE ET DE CONGÉ DE MATERNITÉ DU PERSONNEL DES CENTRES DE LA PETITE ENFANCE (CPE) ET DES GARDERIES SUBVENTIONNÉES DU QUÉBEC

MINISTÈRE DE LA FAMILLE

CONTRAT N° N001

**À la personne responsable de l'administration
du régime d'assurance collective**

Contrat n° N001

PRENEUR : Ministère de la Famille

Ce document a été rédigé à titre d'information. Cette information n'est pas exhaustive; elle peut ne pas s'appliquer à tous les cas particuliers. Seul le contrat peut servir à trancher ces cas ainsi que les questions d'ordre juridique.



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

TABLE DES MATIÈRES

SECTION 1 ⇒	INTRODUCTION	Section 1.1
1.1	Objectifs du guide administratif	Section 1.2
1.1.1	Responsabilités des employeurs	Section 1.2
1.2	Coordonnées de nos services administratifs	Section 1.3
1.2.1	Coordonnées générales	Section 1.3
1.2.2	Envoi de documents ou mises à jour des informations concernant les assurées	Section 1.3
1.2.3	Site Web	Section 1.5
1.3	Coordonnées de nos services de prestations	Section 1.6
1.3.1	Soins médicaux et soins dentaires	Section 1.6
1.3.2	Assurance salaire de courte durée, assurance salaire de longue durée et régime de congés de maternité	Section 1.6
1.3.3	Assurance vie et mutilation accidentelle	Section 1.7
1.4	Renseignements sur le contrat	Section 1.7
SECTION 2 ⇒	LISTE DES FORMULAIRES	Section 2.1
2.1	Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé	Section 2.3
2.1.1	L'avis relatif à la constitution d'un dossier personnel	Section 2.3
2.1.2	L'autorisation à la cueillette de renseignements personnels et à leur communication à des tiers	Section 2.3
2.2	Formulaires à remplir selon certaines situations	Section 2.4
SECTION 3 ⇒	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	Section 3.1
3.1	Contenu des régimes selon le module choisi	Section 3.1
3.2	Définitions	Section 3.1
3.2.1	Adhérente	Section 3.1
3.2.2	Assurée	Section 3.1
3.2.3	Année d'assurance	Section 3.1
3.2.4	Comité paritaire	Section 3.1
3.2.5	Congé de maladie	Section 3.2
3.2.6	Congé sans solde	Section 3.2
3.2.7	Délai de carence	Section 3.2
3.2.8	Effectivement au travail	Section 3.2
3.2.9	Employée	Section 3.2
3.2.10	Employeur	Section 3.3
3.2.11	Invalidité totale	Section 3.3
3.2.12	Jour ou journée ouvrable	Section 3.3
3.2.13	Même période d'invalidité totale	Section 3.3
3.2.14	Personnes à charge	Section 3.4
3.2.15	Retour au travail	Section 3.5

3.2.16	Salaire assurable	Section 3.5
3.2.17	Salaire assurable admissible aux subventions	Section 3.6
3.2.18	Salaire assurable annuel maximum	Section 3.6
3.2.19	Service continu	Section 3.6
SECTION 4	⇒ ADHÉSION	Section 4.1
4.1	Demande initiale du CPE ou de la garderie pour l'ensemble du personnel	Section 4.1
4.2	Conditions d'admissibilité	Section 4.1
4.2.1	Pour le régime d'assurance collective	Section 4.2
4.2.2	Pour le régime de congés de maternité	Section 4.4
4.2.3	Fermeture temporaire d'un établissement et incidence sur l'admissibilité de l'employée	Section 4.5
4.3	Participation	Section 4.5
4.3.1	Propriétaire/actionnaire salariée	Section 4.5
4.3.2	Salariée	Section 4.6
4.4	Loi sur l'assurance médicaments et obligations qui en découlent	Section 4.7
4.5	Droit d'exemption et fin du droit d'exemption	Section 4.7
4.5.1	Droit d'exemption	Section 4.7
4.5.2	Fin du droit d'exemption	Section 4.8
4.6	Demande d'adhésion de l'employée	Section 4.8
4.7	Demande d'adhésion à l'assurance des personnes à charge	Section 4.9
4.8	Attestation d'assurance	Section 4.10
4.9	Désignation de bénéficiaire	Section 4.10
4.9.1	Qui peut être désigné comme bénéficiaire?	Section 4.10
4.9.2	Implications légales du statut de la désignation	Section 4.11
4.9.3	Particularités s'appliquant au bénéficiaire conjoint légalement marié à l'adhérente	Section 4.11
4.9.4	Saisie de la prestation de décès	Section 4.11
SECTION 5	⇒ MODIFICATIONS	Section 5.1
5.1	Modifications nécessitant la signature de l'adhérente	Section 5.1
5.1.1	Propriétaire / actionnaire salariée	Section 5.1
5.1.2	Modifications d'état civil	Section 5.1
5.1.3	Choix du type de protection	Section 5.1
5.1.3.1	Augmentation du type de protection	Section 5.1
5.1.3.2	Réduction du type de protection	Section 5.2
5.1.4	Changement de module	Section 5.3
5.1.4.1	Changement de module durant la période de 2 ans de maintien obligatoire	Section 5.3
5.1.4.2	Changement de module après la période de 2 ans de maintien obligatoire	Section 5.3
5.1.5	Droit d'exemption et fin du droit d'exemption	Section 5.4

5.1.6	Assurance vie additionnelle de l'adhérente	Section 5.4
5.1.7	Changement de bénéficiaire	Section 5.5
5.2	Modifications ne nécessitant pas la signature de l'adhérente	Section 5.5
5.2.1	Invalidité	Section 5.5
5.2.2	Modifications de salaire	Section 5.6
5.2.3	Personne qui atteint l'âge de 65 ans	Section 5.6
5.3	Terminaison de l'assurance	Section 5.7
5.3.1	De l'adhérente	Section 5.7
5.3.2	Des personnes à charge	Section 5.8
5.4	Fin du lien d'emploi et invalidité en cours	Section 5.8
SECTION 6 ⇒ FACTURATION		Section 6.1
6.1	Liste des adhérentes	Section 6.1
6.2	Facturation	Section 6.1
6.2.1	Bordereau de paiement	Section 6.1
6.2.1.1	Date du relevé	Section 6.1
6.2.1.2	Prime pour la période	Section 6.1
6.2.1.3	Solde précédent	Section 6.1
6.2.1.4	Montant dû	Section 6.2
6.2.2	Relevé des primes de l'assurance collective	Section 6.2
6.2.2.1	Nom	Section 6.2
6.2.2.2	Codes de facturation	Section 6.3
6.2.2.3	Numéro d'identification	Section 6.3
6.2.2.4	Salaire	Section 6.3
6.2.2.5	Garantie assurée	Section 6.3
6.2.2.6	Codes d'ajustement	Section 6.4
6.2.2.7	Prime totale incluant la taxe	Section 6.4
6.2.3	Sommaire du relevé	Section 6.4
6.2.4	Relevé des subventions et avantages imposables	Section 6.4
6.2.4.1	Nom	Section 6.4
6.2.4.2	Codes de facturation	Section 6.4
6.2.4.3	Numéro d'identification	Section 6.4
6.2.4.4	Salaire	Section 6.5
6.2.4.5	Subvention du ministère	Section 6.5
6.3	Exemple de calcul de primes mensuelles	Section 6.5
6.3.1	Assurance vie de base de l'adhérente	Section 6.5
6.3.2	Mutilation accidentelle	Section 6.6
6.3.3	Assurance salaire de courte durée (prestations imposables)	Section 6.6
6.3.4	Assurance salaire de longue durée (prestations non imposables)	Section 6.6
6.3.5	Autres garanties	Section 6.6
6.3.6	Taxe de vente	Section 6.6
6.3.7	Tableaux des taux de primes en vigueur	Section 6.6
SECTION 7 ⇒ ABSENCE TEMPORAIRE DU TRAVAIL		Section 7.1
7.1	Entente entre adhérente et employeur	Section 7.1
7.1.1	Absence avec rémunération	Section 7.1

7.1.2	Congé sans solde d'une durée de quatre semaines ou moins	Section 7.1
7.1.3	Congé sans solde d'une durée de plus de quatre semaines	Section 7.1
7.1.4	Congé sans solde pour obligations familiales	Section 7.2
7.1.5	Retrait préventif indemnisé par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (CNESST).....	Section 7.2
7.1.6	Autres absences indemnisées par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (CNESST), la Loi sur l'assurance automobile (SAAQ) ou la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	Section 7.3
7.1.7	Congé de maternité	Section 7.3
7.1.8	Congé de paternité	Section 7.3
7.1.9	Prolongation de congé de maternité et prolongation de congé de paternité (congé parental) congé d'adoption	Section 7.4
7.1.10	Mise à pied temporaire	Section 7.4
7.1.11	Régime de congé à traitement différé (pour l'employée titulaire d'un poste permanent).....	Section 7.4
7.1.12	Congé sans solde partiel	Section 7.5
7.1.13	Grève, lock-out ou cessation concertée de travail	Section 7.5
7.1.14	Absence sans rémunération (tout type d'absence non prévue au présent guide).....	Section 7.6
7.1.15	Tableaux du ministère	Section 7.6
7.2	Procédures à suivre.....	Section 7.11
SECTION 8	⇒ EXONÉRATION DES PRIMES	Section 8.1
8.1	Début de l'exonération des primes	Section 8.1
8.1.1	Adhérente recevant des prestations de la CNESST, SAAQ ou IVAC.....	Section 8.1
8.1.2	Dans le cas d'un transfert d'assureur	Section 8.1
8.2	Fin de l'exonération des primes.....	Section 8.2
8.3	Assignation temporaire	Section 8.2
SECTION 9	⇒ CESSATION D'EMPLOI	Section 9.1
9.1	Droit de transformation	Section 9.1
9.1.1	Assurance vie	Section 9.1
9.1.2	Assurance maladie complémentaire (Parcours assurance santé).....	Section 9.1
SECTION 10	⇒ PRESTATIONS	Section 10.1
10.1	Service	Section 10.1
10.2	Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé.....	Section 10.1
SECTION 11	⇒ FRAIS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX	Section 11.1
11.1	Frais de médicaments - Carte de paiement de médicaments ou formulaire n° 19132	Section 11.1
11.1.1	Personne qui atteint l'âge de 65 ans	Section 11.2

11.2	Frais paramédicaux	Section 11.3
11.3	Assurance voyage	Section 11.3
11.4	Assurance annulation de voyage	Section 11.4
11.5	Contrôle	Section 11.4
11.6	Coordination des prestations et partage des remboursements.....	Section 11.5
11.7	Renseignements relatifs au règlement des prestations	Section 11.5
SECTION 12	⇒ ASSURANCE SOINS DENTAIRES	Section 12.1
12.1	Plan de traitement.....	Section 12.1
12.2	Exclusions et restrictions	Section 12.1
12.3	Coordination des prestations et partage des remboursements.....	Section 12.2
SECTION 13	⇒ ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE	Section 13.1
13.1	Délai de carence	Section 13.1
13.2	Rentes payables	Section 13.1
13.3	Durée maximale des prestations	Section 13.1
13.4	Procédure à suivre.....	Section 13.1
13.5	Contrôle	Section 13.2
13.6	Coordination de protection	Section 13.2
13.7	Grossesse.....	Section 13.2
13.8	Service de résolution de problèmes	Section 13.3
13.9	Retour au travail	Section 13.3
13.9.1	Réintégration progressive au travail à la suite d'une invalidité.....	Section 13.3
13.10	Primes	Section 13.3
SECTION 14	⇒ ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	Section 14.1
14.1	Délai de carence	Section 14.1
14.2	Rentes payables	Section 14.1
14.3	Durée maximale des prestations	Section 14.1

14.4	Procédure à suivre.....	Section 14.1
14.5	Expertise médicale	Section 14.1
14.6	Coordination de protection	Section 14.2
14.6.1	Intégration directe	Section 14.2
14.6.2	Intégration indirecte	Section 14.2
14.7	Grossesse.....	Section 14.3
14.8	Utilisation des entreprises spécialisées en réadaptation aux fins d'évaluation et de réadaptation	Section 14.3
14.9	Service de résolution de problèmes	Section 14.3
14.10	Retour au travail	Section 14.4
14.10.1	Réintégration progressive au travail à la suite d'une invalidité.....	Section 14.4
14.11	Primes	Section 14.4
SECTION 15	⇒ DÉCÈS.....	Section 15.1
15.1	Décès de l'adhérente.....	Section 15.1
15.2	Décès d'une personne à charge.....	Section 15.1
15.3	Perte accidentelle de membres ou de la vue	Section 15.1
15.4	Paiement anticipé du capital de l'assurance vie de base.....	Section 15.2
SECTION 16	⇒ RÉGIME DE CONGÉS DE MATERNITÉ.....	Section 16.1
16.1	Définitions	Section 16.1
16.1.1	Début du congé de maternité	Section 16.1
16.1.2	Effectivement au travail	Section 16.1
16.1.3	Employée.....	Section 16.1
16.1.4	Employeur.....	Section 16.1
16.1.5	Jour ouvrable	Section 16.1
16.1.6	RQAP	Section 16.1
16.1.7	Retour au travail	Section 16.2
16.1.8	Salaire hebdomadaire de base.....	Section 16.2
16.1.9	Service continu	Section 16.2
16.2	Admissibilité.....	Section 16.2
16.3	Durée de la prestation payable.....	Section 16.2
16.4	Montant de la prestation	Section 16.2
16.5	Coordination des prestations	Section 16.3
16.6	Procédure à suivre.....	Section 16.3

16.7	Terminaison de la protection et fin des prestations	Section 16.3
16.8	Situations spécifiques	Section 16.3
16.8.1	Grossesses consécutives et rapprochées	Section 16.3
16.8.2	Interruption de grossesses volontaire ou involontaire	Section 16.4
SECTION 17	⇒ DÉPÔT D'UNE PLAINTÉ	Section 17.1
17.1	Processus recommandé à l'adhérente lors d'une insatisfaction	Section 17.1
17.2	Fonctionnement du sous-comité des plaintes	Section 17.3
17.3	Formulaire à remplir par l'adhérente pour déposer une plainte	Section 17.4
17.4	Formulaire à remplir par l'employeur pour commentaires et suggestions concernant l'administration du régime	Section 17.5
SECTION 18	⇒ SITE SÉCURISÉ POUR LES ADMINISTRATEURS.....	Section 18.1
18.1	Rappel du mot de passe.....	Section 18.2
18.2	Modification du mot de passe.....	Section 18.3
18.3	Page d'accueil	Section 18.4
18.4	Nous joindre.....	Section 18.5
18.5	Page d'accueil - Administration	Section 18.6
18.6	Page d'accueil – Adhésions incomplètes	Section 18.7
18.7	Historique des transactions	Section 18.8
18.8	Facture courante et historique	Section 18.9
18.9	Navigation générale.....	Section 18.10
18.10	Ajouter un nouvel adhérent – Renseignements personnels.....	Section 18.10
18.11	Ajouter un nouvel adhérent – Emploi et admissibilité.....	Section 18.11
18.12	Ajouter un nouvel adhérent – Garanties d'assurance	Section 18.12
18.13	Ajouter des garanties facultatives - Message.....	Section 18.13
18.14	Ajouter un nouvel adhérent – Bénéficiaires.....	Section 18.14
18.15	Ajouter un nouvel adhérent – Aperçu avant transmission.....	Section 18.15
18.16	Ajouter un nouvel adhérent – Confirmation de la transmission.....	Section 18.16

18.17	Sommaire du dossier de l'adhérent.....	Section 18.17
18.18	Modifier le dossier d'une adhérente	Section 18.18
18.19	Changer la date pour modifier le dossier d'une adhérente	Section 18.18
18.20	Modifier les garanties d'assurance (sauf le module de soins médicaux/dentaires)	Section 18.19
18.21	Changer le module de soins médicaux/dentaires	Section 18.20
18.22	Autres actions	Section 18.21
18.23	Modifications en attente.....	Section 18.22
SECTION 19 ⇒ COMMUNIQUÉS		Section 19.1

1. INTRODUCTION

Née de la fusion au début de 2002 de l'Assurance vie Desjardins-Laurentienne et de l'Impériale vie, Services financiers, Desjardins Assurances est de loin le chef de file dans le domaine des assurances de personnes au Québec et se classe parmi les principaux assureurs au Canada. En matière de sécurité, elle offre l'accès à une gamme complète de services financiers innovateurs, conçus pour répondre aux besoins variés des individus et des groupes.

Desjardins Assurances est près de vous. Son siège social est situé à Lévis et elle occupe d'importants lieux d'affaires à Québec, à Montréal et à Toronto tout en affichant sa présence dans les principales villes du Québec.

Vous pouvez compter sur l'engagement d'une équipe compétente, qui sait vous écouter, comprendre vos besoins et répondre à vos questions. Cette équipe s'est donné comme objectif de se dépasser pour mieux vous servir. En effet, Desjardins Assurances s'appuie sur des ressources humaines dynamiques qui sont en mesure d'offrir un service personnalisé à chacun des clients dont elles sont responsables.

Forte de cette philosophie reposant sur la confiance, Desjardins Assurances fait de l'engagement de toutes ses ressources une priorité. Ainsi, elle cherche à entretenir des relations à long terme avec ses clients titulaires d'un contrat d'assurance collective et apporte son concours à l'essor de leur entreprise.

Prenez note que la forme féminine désigne autant les hommes que les femmes

C'est grâce à vous que Desjardins Assurances est le chef de file dans le domaine des assurances de personnes au Québec. C'est pourquoi, quelle que soit l'ampleur de l'entreprise et de sa réussite, le client sera toujours notre priorité.

1.1 OBJECTIFS DU GUIDE ADMINISTRATIF

Le présent guide a été élaboré par l'assureur et approuvé par le comité paritaire des régimes d'assurance collective et de congé de maternité du personnel des centres de la petite enfance et des garderies subventionnées du Québec afin de faciliter l'exécution des différentes tâches qui vous ont été confiées en tant que gestionnaire du régime d'assurance collective. Il décrit les procédures administratives ainsi que les formulaires à utiliser. Malgré le niveau de détail du guide administratif, n'hésitez pas à contacter Desjardins Assurances pour toutes questions, puisque le fait d'omettre une information, de retarder l'envoi de document ou de transmettre une information erronée à vos employées engage votre responsabilité civile advenant un dommage ou un préjudice occasionné par cette situation.

1.1.1 Responsabilités des employeurs

Chaque employeur assume les responsabilités suivantes dans le but de minimiser les coûts des régimes d'assurance collective et de congés de maternité du personnel des centres de la petite enfance et des garderies subventionnées du Québec :

- fournir à chaque nouvelle employée admissible l'information nécessaire pour se procurer la brochure (format PDF) ou guide d'adhésion (version PDF) expliquant les choix de protections offertes par le régime ainsi que les tarifs correspondants et la subvention du ministère applicable le cas échéant;
- faire remplir, par toute nouvelle employée admissible, le formulaire d'adhésion et le formulaire « Preuves d'assurabilité » si nécessaire et transmettre ces formulaires dûment remplis à l'assureur;
- procéder aux retenues à la source des cotisations salariales pour toute employée;
- transmettre mensuellement à l'assureur, dans les délais prévus, les cotisations des assurées, en utilisant les mécanismes prévus à cet effet;
- lorsqu'une assurée est absente, l'informer des dispositions pertinentes des régimes;
- transmettre à l'assureur toute information, tout formulaire ou document requis pour la bonne administration des régimes dans les délais prévus au contrat;
- informer l'assureur de toute modification aux données de base d'une assurée en utilisant les mécanismes prévus à cet effet;
- transmettre aux assurées tout document que le ministère ou le comité paritaire lui demande de transmettre, entre autres, l'avis de renouvellement.

Ce guide fournira des réponses à bon nombre de vos questions, ce qui favorisera une communication efficace avec l'assureur.

1.2 COORDONNÉES DE NOS SERVICES ADMINISTRATIFS

1.2.1 Coordonnées générales

L'employeur peut joindre sans frais les services administratifs de Desjardins Assurances en composant le numéro indiqué ci-dessous.

Service bilingue	1 855 838-2585
-------------------------	----------------

- ▶ **Lorsque l'employeur entre en communication avec l'assureur, il doit mentionner le numéro de son compte, le nom de son groupe ainsi que le numéro d'identification de l'adhérente; l'employeur aide ainsi l'assureur à le servir plus rapidement.**

1.2.2 Envoi de documents ou mises à jour des informations concernant les assurées

Pour l'envoi de documents ou pour toutes mises à jour concernant le dossier des assurées, nous vous offrons cinq façons de nous rejoindre :

a) Site sécurisé pour les administrateurs

Le site sécurisé pour les administrateurs de Desjardins Assurances est l'option à privilégier.

Pour accéder à notre site sécurisé offert aux administrateurs de régimes, vous devez avoir en main votre code d'utilisateur et votre mot de passe. Dans la section 18 du présent guide, vous retrouverez plus de détails sur chacune des transactions et la formation en ligne pourrait également vous être très utile pour l'utilisation du site.

Si vous n'avez pas de code d'utilisateur et un mot de passe, vous devez remplir le formulaire « [Gestion de l'accès au site sécurisé](#) » (02301F06) dont vous trouverez un exemple dans la section 2 du présent guide.

En remplissant ce formulaire, vous pourrez avoir accès au site en mode « Consultation » et si vous le désirez, vous pourriez ajouter le mode « Transactions ».

En mode « Consultation », vous pouvez :

- Accéder à votre facture mensuelle et à l'historique des 18 factures précédentes
- Consulter le sommaire du dossier des adhérentes de votre établissement
- Consulter la brochure explicative en format PDF des assurées
- Accéder directement aux formulaires standards et personnalisés
- Accéder au présent guide administratif du contrat N001
- Accéder à certains rapports administratifs

En mode « Transactions », en plus des éléments mentionnés ci-dessus, vous pouvez :

- Ajouter une nouvelle adhérente
- Modifier le dossier des adhérentes
- Accéder à l'historique de toutes vos transactions
- Transmettre les informations d'absence temporaire du travail et de retour au travail
- Transmettre les fins d'emploi et cessations d'assurance

Dès la réception du formulaire « [Gestion de l'accès au site sécurisé](#) » (02301F06) dûment rempli, un code d'utilisateur et un mot de passe temporaire seront créés et par la suite nous communiquerons avec vous pour vous confirmer le tous.

Il est à noter que pour toutes correspondances contenant des données confidentielles, que vous soyez en mode consultation ou transactions, l'employeur peut utiliser la fonction « Nous joindre » du site sécurisé pour les administrateurs de Desjardins Assurances.

b) Transmission de données confidentielles

Si vous n'avez pas d'accès au site sécurisé pour les administrateurs, une option s'offre à vous pour transmettre des données confidentielles rapidement.

Desjardins Assurances a mis en place le service Échanges sécurisés d'information. Il s'agit de boîtes de courriels sécurisés hébergées sur un des serveurs de l'assureur qui servent à la transmission d'information ou de documents contenant des renseignements confidentiels. Tous les secteurs de Desjardins Assurances utilisent ce service lors de leurs transmissions de renseignements jugés confidentiels.

Pour procéder à l'implantation de ce service, l'assureur doit créer des boîtes de courriels sécurisés qui sont allouées à l'employeur pour effectuer régulièrement de tels échanges.

Pour ce faire, l'employeur doit communiquer à l'assureur deux renseignements personnels ainsi que son adresse de courriel, son numéro de téléphone et son numéro de contrat. Ceux-ci permettront à l'assureur d'identifier l'employeur lorsqu'il voudra accéder à sa boîte sécurisée et qu'il aura oublié son mot de passe. Ainsi, seule la personne autorisée à accéder à cette boîte pourra le faire.

Ces renseignements sont les suivants :

- 1) Prénom de votre mère
- 2) Votre jour et mois de naissance
- 3) Adresse de courriel
- 4) Numéro de téléphone
- 5) Numéro de contrat

Veillez nous transmettre ces renseignements par courriel à :

ACCES_ACCESS@dsf.ca

Dès que l'assureur aura reçu ces renseignements, il pourra procéder à la création de la boîte sécurisée et d'autres informations sur son utilisation seront communiquées à l'employeur.

c) Autres moyens pour transmettre de l'information

Nous suggérons fortement de demander dès maintenant vos accès pour utiliser le site sécurisé pour les administrateurs, tel que mentionné précédemment.

Toutefois, l'employeur peut écrire à l'assureur à l'adresse suivante :

Desjardins Assurances
Administration des contrats – Secteurs public et parapublic
Case postale 3000
Lévis (Québec)
G6V 9X8

Dans les cas urgents, l'employeur peut rejoindre l'assureur par télécopieur au numéro suivant :

- Région immédiate de Québec : (418) 833-7051
- Autres régions : 1 866 833-7051

L'employeur peut utiliser le courrier électronique à l'adresse suivante si sa correspondance ne contient pas de données confidentielles :

- assurancescollectives@dsf.ca

Pour les correspondances contenant des données confidentielles, l'employeur peut utiliser le « Nous joindre » du site sécurisé pour les administrateurs de Desjardins Assurances. Si vous n'avez pas d'accès à ce site, veuillez consulter le [paragraphe 1.2.2](#) sous-paragraphe a) de la présente section pour plus d'informations

1.2.3 Site Web

Voici l'adresse à retenir : <https://www.desjardinsassurancevie.com/fr/>

Grâce à ce site Internet, l'employeur peut obtenir différents formulaires utiles pour la gestion du régime.

- Formulaires généraux (non personnalisés)

Après être entré sur le site, il s'agit de cliquer sur **Formulaires** dans la section **Services à la clientèle**.

À partir de cette section, l'employeur peut télécharger certains formulaires administratifs ou de demande de prestations. Pour connaître la liste des formulaires disponibles sur le site, [voir la section 2](#)

Cliquez sur le formulaire désiré, imprimez-le et transmettez-le à l'assureur en suivant la procédure habituelle.

1.3 COORDONNÉES DE NOS SERVICES DE PRESTATIONS

Pour les questions relatives aux prestations, l'employeur doit composer l'un des postes suivants, selon le genre de prestations demandées :

1.3.1 Soins médicaux et soins dentaires

À l'usage des employées et des assurées	
Service bilingue	
De la région immédiate de Québec	(418) 838-2585
Des autres régions	1 855 838-2585
Courrier électronique (en français)	servicecollectif@dsf.ca
Courrier électronique (en anglais)	groupservice@dfs.ca
À l'usage EXCLUSIF des administrateurs du régime	
Service bilingue	
De la région immédiate de Québec	(418) 838-7366
De la région immédiate de Montréal	(514) 285-3111
Des autres régions	1 888 277-8737

1.3.2 Assurance salaire de courte durée, assurance salaire de longue durée et régime de congés de maternité

À l'usage des responsables de l'administration et des assurées	
Service bilingue	
De la région immédiate de Québec	(418) 838-7750
Des autres régions	1 877 838-7750
Télécopieur	(418) 833-2538 1 877 623-2538

1.3.3 Assurance vie et mutilation accidentelle

À l'usage des responsables de l'administration et des assurées	
Service bilingue	
De la région immédiate de Québec	(418) 838-7660
De la région immédiate de Montréal	(514) 285-7996
Des autres régions	1 888 326-4553

1.4 RENSEIGNEMENTS SUR LE CONTRAT

Les personnes suivantes assurent le service après-vente pour votre établissement et peuvent donner à l'employeur des renseignements d'ordre général pour faciliter la compréhension du contrat.

	Région Ouest du Québec	Région Est du Québec
Nom de la personne Responsable	Emmanuelle Perron Perrone	Réjean Blais
Téléphone	(514) 285-7948	(418) 838-4209
Numéro sans frais	1 800 363-3072 poste 5577948	1 877 828-7800 poste 5584209
Télécopieur	(514) 285-2442	(418) 833-6251
Courriel	emmanuelle.perronperrone@dsf.ca	rejean.blais@dsf.ca

2. LISTE DES FORMULAIRES

Formulaires administratifs

NUMÉRO DU FORMULAIRE	IDENTIFICATION DU FORMULAIRE	DISPONIBLE SUR		
		*SA	*SD	*SAE
01022F	Demande de maintien ou de suspension de protection	Oui	Non	Oui
02301F06	Gestion de l'accès au site sécurisé à l'intention des administrateurs de régimes	Oui	Non	Non
02757	Demande d'exemption ou de participation (suite à une fin d'exemption)	Oui	Oui	Oui
03239F04	Nos services en ligne – Pour les adhérents	Oui	Non	Oui
04013F	Gestion et protection des renseignements personnels	Non	Non	Non
08137F	La désignation de bénéficiaires	Non	Non	Non
09240F	Demande d'adhésion au débit préautorisé d'entreprise	Oui	Oui	Non
12216F	Demande d'adhésion ou de modifications	Oui	Non	Oui
20007	Demande de désignation ou changement de bénéficiaire(s) ou de fiduciaire	Oui	Oui	Non
20009	Rapport d'assurabilité	Oui	Oui	Oui
20017	Avis de modifications	Oui	Oui	Oui
20025	Attestation d'assurance	Non	Non	Non
Note :	Ces formulaires existent aussi en anglais.			
*SA :	Site administrateur			
*SD :	Site de Desjardins Assurances			
*SAE :	Site adhérente			

Formulaires soins médicaux et soins dentaires

NUMÉRO DU FORMULAIRE	IDENTIFICATION DU FORMULAIRE	DISPONIBLE SUR		
		*SA	*SD	*SAE
07019F	Adhésion au service de dépôt direct et d'avis électronique	Oui	Oui	Oui
09296F	Confirmation de la déficience fonctionnelle d'un enfant à charge	Oui	Oui	Oui
12126F	Demande de remboursement de médicaments de marque	Oui	Oui	Oui
15638	Demande de remboursement des soins et services hospitaliers et médicaux pour les résidents du Québec seulement (assurance voyage)	Oui	Oui	Non
19110	Réclamation pour soins dentaires	Oui	Oui	Oui
19131	Déclaration d'enfants à charge de 18 à 25 ans ou de 21 à 25 ans inclus (selon les clauses du contrat) étudiants à temps plein	Oui	Oui	Oui
19132	Réclamation d'assurance maladie	Oui	Oui	Oui
Note :	Ces formulaires existent aussi en anglais.			
*SA :	Site administrateur			
*SD :	Site de Desjardins Assurances			
*SAE :	Site adhérente			

Médicaments exigeant une autorisation préalable :

Pour obtenir le remboursement d'un médicament exigeant une autorisation préalable, l'assurée doit acheminer à l'assureur le formulaire prévu à cet effet, dûment rempli par toutes les personnes concernées.

Comme chaque médicament possède son propre formulaire, il est important que l'assurée ait en main le nom du médicament qui lui a été prescrit.

Par la suite, elle doit se rendre sur le site de Desjardins Assurances :

desjardinsassurancevie.com/formulairesMAP

Dans la liste qui apparaît, elle doit sélectionner le nom du médicament afin de télécharger le formulaire approprié, puis l'imprimer. Veuillez noter que le formulaire de la RAMQ est également accepté.

Formulaires assurance salaire de courte durée, assurance salaire de longue durée et régime de congé de maternité

NUMÉRO DU FORMULAIRE	IDENTIFICATION DU FORMULAIRE	DISPONIBLE SUR		
		*SA	*SD	*SAE
01012F	Demande de prestations de congé de maternité	Oui	Non	Oui
02025	Déclaration du médecin traitant – Demande initiale	Oui	Oui	Oui
02026	Déclaration du médecin traitant – Rapport supplémentaire	Oui	Oui	Non
06329F	Demande de prestations d'assurance invalidité ou d'exonération des primes – Déclaration de l'employé	Oui	Oui	Oui
08317F	Demande de prestations d'assurance invalidité ou d'exonération des primes – Déclaration de l'employeur	Oui	Oui	Oui
Note :	Ces formulaires existent aussi en anglais.			
*SA :	Site administrateur			
*SD :	Site de Desjardins Assurances			
*SAE :	Site adhérente			

Formulaires assurance vie et mutilation accidentelle

NUMÉRO DU FORMULAIRE	IDENTIFICATION DU FORMULAIRE	DISPONIBLE SUR		
		*SA	*SD	*SAE
02227	Demande de prestation pour un décès – Déclaration du réclamant	Oui	Oui	Oui
02809	Demande de prestation pour une perte accidentelle de membres ou de la vue	Oui	Oui	Oui
12123F	Demande de prestation Déclaration de l'employeur	Oui	Oui	Oui
14153F	Demande de prestation pour un décès – Déclaration du médecin	Oui	Oui	Oui
Note :	Ces formulaires existent aussi en anglais.			
*SA :	Site administrateur			
*SD :	Site de Desjardins Assurances			
*SAE :	Site adhérente			

2.1 LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LE SECTEUR PRIVÉ

Desjardins Assurances a toujours appliqué des mesures pour protéger la nature confidentielle des renseignements qu'elle détient sur ses assurées. L'entrée en vigueur de la ***Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*** ne change en rien l'esprit dans lequel l'assureur a toujours servi ses clients. Il faut toutefois préciser qu'en tant que preneur, le ministère a accès à tous les documents ou renseignements relativement aux réclamations soumises par les employées pour les besoins de l'assurance collective. Cependant, sur le plan pratique, l'assureur doit se conformer à certaines nouvelles règles établies par la loi qui uniformisent la cueillette, la détention, l'utilisation et la communication des renseignements personnels.

Ainsi, les éléments suivants se retrouvent sur certains de nos formulaires :

2.1.1 L'avis relatif à la constitution d'un dossier personnel

Cet avis mentionne l'objet du dossier, les catégories de personnes qui y auront accès, l'endroit où il sera détenu ainsi que les droits d'accès et de rectification de l'assurée.

2.1.2 L'autorisation à la cueillette de renseignements personnels et à leur communication à des tiers

L'autorisation décrit les types de renseignements qui seront utilisés, les fins auxquelles ils le seront ainsi que les catégories de personnes qui auront le droit de les utiliser, de les recueillir et de les communiquer.

Une demande d'autorisation minimale requise pour gérer le régime sur une base quotidienne figure sur le formulaire d'adhésion. Les formulaires de rapport d'assurabilité et certains formulaires de prestations comportent, quant à eux, l'autorisation aux fins d'assurabilité.

2.2 FORMULAIRES À REMPLIR SELON CERTAINES SITUATIONS

SITUATION	SECTION	FORMULAIRES À REMPLIR (N°)	COMMENTAIRES	EXPÉDIER À
Adhésion Adhésion après la période d'admissibilité	4	12216F	Toutes les employées admissibles	1
		20009	Preuves d'assurabilité lorsque requises	1
		02757	Demande d'exemption lorsque permise – partie A	1
	4	12216F	Dans tous les cas	1
		20009	Preuves d'assurabilité pour certaines garanties	1
Modification du salaire	5	20017	Dans tous les cas	1
Modification au régime d'assurance	5	12216F	Cocher toutes les garanties désirées	1
		20009	Preuves d'assurabilité lorsque requises	1
		02757	Demande de participation à la suite d'une fin d'exemption - partie B	1
Changement de bénéficiaire	5	12216F	Pour modifier une désignation <u>révocable</u>	1
		20007	Pour modifier une désignation <u>irrévocable</u>	1
Congé de maternité	7	01022F	Dans tous les cas	1
Prolongation de congé de maternité	7	01022F	Dans tous les cas	1
Congé d'adoption	7	01022F	Dans tous les cas	1
Congé de paternité	7	01022F	Dans tous les cas	1
Congé parental	7	01022F	Dans tous les cas	1
Congé sans solde	7	01022F	Dans tous les cas	1
Mise à pied temporaire	7	01022F	Dans tous les cas	1
Libération syndicale	7	20017	Dans tous les cas	1

1 - Service de l'administration des contrats, [Desjardins Assurances](#)

2.2 FORMULAIRES À REMPLIR SELON CERTAINES SITUATIONS - suite

SITUATION	SECTION	FORMULAIRES À REMPLIR (N°)	COMMENTAIRES	EXPÉDIER À
Demande de prestations d'assurance maladie	11	19132 et 12126F 19131	Toujours joindre l' <u>original</u> des factures. (Pour les médicaments, s'applique seulement lorsque l'information est non transmise par le pharmacien à l'assureur) Lorsque requis Lorsque requis	2
Demande de remboursement de frais hospitaliers et médicaux (hors Québec)	11	15638 et 19131	Toujours joindre l' <u>original</u> des factures Lorsque requis	2
Adhésion au service de dépôt direct et d'avis électronique	11	07019	Dans tous les cas	2
Demande de prestations pour soins dentaires	12	19110 et 19131	Dans tous les cas Lorsque requis	2
Demande de prestations d'assurance salaire de courte durée	13	06329F 08317F 02025 02026	Dans tous les cas Dans tous les cas Dans tous les cas Lorsque requis	2
Demande de prestations d'assurance salaire de longue durée	14	06329F 08317F 02025 ou 02026	Lorsque requis Lorsque requis Selon la situation	2
Décès d'une adhérente ou d'une personne à charge	15	02227 12123F 14153F	Dans tous les cas Décès d'une adhérente Lorsque requis	2
Demande de prestations pour perte accidentelle de membres ou de la vue	15	02809	Dans tous les cas	2
Demande de prestations de congé de maternité	16	01012F	Dans tous les cas	2

2 - Service des prestations, [Desjardins Assurances](#)

Demande de prestations de congé de maternité (01012F)



200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

ASSURANCE COLLECTIVE - RÉGLEMENTS D'ASSURANCE INVALIDITÉ

DEMANDE DE PRESTATIONS DE CONGÉ DE MATERNITÉ CONTRAT N° N001

IMPORTANT

Transmettre votre demande à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, lorsque vous aurez reçu tous les documents requis :

- Lettre d'acceptation du RQAP (Régime québécois d'assurance parentale) ou de l'assurance emploi
- Lettre d'état des prestations du RQAP ou de l'assurance emploi
- Un chèque portant la mention « ANNULÉ » aux fins du dépôt direct de vos prestations

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

A - IDENTIFICATION - Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom de l'établissement		Numéro de compte	
Nom de l'employée		Prénom	
Date de naissance : AAAA MM JJ	Numéro d'assurance sociale		
Adresse de l'employée - N°, rue		Ville	Province
			Code postal

B - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Statut d'emploi		AAAA	MM	JJ
<input type="checkbox"/> Titulaire d'un poste permanent. Depuis quand? _____				
<input type="checkbox"/> Non titulaire d'un poste permanent et effectuant un remplacement à long terme (minimum de 20 heures par semaine). Quand le remplacement a-t-il débuté?		AAAA	MM	JJ
2. Travail à temps :		3. S'agit-il d'un congé d'adoption?		4. L'employée est-elle en libération syndicale?
<input type="checkbox"/> Plein		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Partiel - N° d'heures/semaine :		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Non
5. Le salaire de référence doit être le salaire moyen durant les 20 dernières semaines précédant la date du début du congé de maternité, excluant les bonis.		→ Salaire brut hebdomadaire au début du congé : _____ \$		

C - SIGNATURE DE LA PERSONNE AUTORISÉE CHEZ L'EMPLOYEUR

_____	_____	_____	() -
Nom (EN LETTRES MAJUSCULES)	Signature	Date	Numéro de téléphone

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉE

D - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Catégorie d'employées : <input type="checkbox"/> Propriétaire-salariée <input type="checkbox"/> Actionnaire-salariée <input type="checkbox"/> Directrice <input type="checkbox"/> Éducatrice <input type="checkbox"/> Personnel de soutien			
2. Avez-vous touché des prestations de la CSST?			
<input type="checkbox"/> Oui - Raison : <input type="checkbox"/> Retrait préventif <input type="checkbox"/> Accident de travail Date du début des prestations : _____			
<input type="checkbox"/> Non			
3. Date réelle ou prévue de l'accouchement : AAAA MM JJ		Date prévue du retour au travail : AAAA MM JJ	
4. Désirez-vous que les impôts provincial et fédéral soient prélevés de vos prestations? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, veuillez préciser les montants ou le pourcentage à prélever, par semaine :		Impôt provincial	Impôt fédéral
		\$	\$

E - DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je certifie que les réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques. Aux strictes fins de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie : a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que la liste ne soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs; b) à ne communiquer aux dites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier; c) à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détiendrait déjà et dont l'objet est accompli. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels au verso du présent formulaire. J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

_____	_____
Signature de l'employée	Date
N° de téléphone : () -	



GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF 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 DSF qui en ont besoin pour leur travail.

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 Sécurité financière, compagnie d'assurance vie
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

DSF 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 DSF.

Demande de maintien ou de suspension de protection (01022F)

**DEMANDE DE MAINTIEN OU DE
SUSPENSION DE PROTECTION**

CONTRAT N° N001

IMPORTANT - Le formulaire doit être rempli par l'adhérente au début de l'absence et ce, peu importe la durée prévue de cette absence.

A - IDENTIFICATION Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom de l'adhérente		Prénom	
Statut :	<input type="checkbox"/> Employée titulaire d'un poste permanent <input type="checkbox"/> Employée non titulaire d'un poste permanent	Numéro de compte	Numéro d'identification

B - PROLONGATION D'UN CONGÉ DE MATERNITÉ, CONGÉ D'ADOPTION OU DE PATERNITÉ

1. L'adhérente a-t-elle bénéficié d'un retrait préventif? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Date du début du retrait préventif : AAAA MM JJ			
2. Date du début des prestations du RQAP AAAA MM JJ	3. Date du début du congé parental AAAA MM JJ	4. Date prévue du retour au travail (obligatoire) AAAA MM JJ	

Lorsque toutes les garanties sont maintenues et qu'une invalidité survient au cours du congé, le délai de carence débute à la date prévue du retour au travail.

- **CONGÉ DE MATERNITÉ** – Toutes les garanties sont maintenues automatiquement.
- **PROLONGATION D'UN CONGÉ DE MATERNITÉ, CONGÉ D'ADOPTION OU DE PATERNITÉ** (S'applique à l'employée titulaire d'un poste permanent)
 - Je désire maintenir toutes mes garanties. (Maximum : 24 mois, excepté pour le module de soins médicaux détenu*)
 - Je désire suspendre toutes mes garanties à l'exception du module de soins médicaux détenu.*

C - CONGÉ SANS SOLDE

1. Date du début du congé : AAAA MM JJ	2. Date prévue du retour au travail : AAAA MM JJ
---	---

Lorsque toutes les garanties sont maintenues et qu'une invalidité survient au cours de ce congé, le délai de carence débute à la date prévue du retour au travail.

- **DURÉE PRÉVUE DE 4 SEMAINES OU MOINS** – Toutes les garanties sont maintenues automatiquement.
- **DURÉE PRÉVUE DE PLUS DE 4 SEMAINES** (S'applique à l'employée titulaire d'un poste permanent)
 - Je désire maintenir toutes mes garanties. (Maximum : 3 mois, excepté pour le module de soins médicaux détenu*)
 - Je désire suspendre toutes mes garanties à l'exception du module de soins médicaux détenu.*

D - MISE À PIED TEMPORAIRE

1. Date du début de la mise à pied : AAAA MM JJ	2. Date prévue du retour au travail : AAAA MM JJ
--	---

Lorsque toutes les garanties sont maintenues et qu'une invalidité survient au cours de cette mise à pied, le délai de carence débute à la date prévue du retour au travail.

- **DURÉE PRÉVUE DE 4 SEMAINES OU MOINS** – Toutes les garanties sont maintenues automatiquement.
- **DURÉE PRÉVUE DE PLUS DE 4 SEMAINES** (S'applique à l'employée titulaire d'un poste permanent)
 - Je désire maintenir toutes mes garanties. (Maximum : 3 mois, incluant le module de soins médicaux détenu*)
 - Je désire suspendre toutes mes garanties à l'exception du module de soins médicaux détenu.* (Maximum : 3 mois)

* Au Québec, au cours d'une interruption temporaire de travail, l'adhérente est obligée de maintenir sa garantie d'assurance médicaments (Comprise dans le module de soins médicaux détenu) pour la durée prévue par son régime d'assurance collective.

E - AUTORISATION ET SIGNATURES

Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels au verso du présent formulaire et en avoir reçu une copie.

Signature de l'adhérente _____ Signature du responsable de l'administration _____ Date _____

BLANCHE - Desjardins Assurances JAUNE - Adhérente ROSE - Employeur
VERSION ÉLECTRONIQUE - Veuillez retourner l'original à Desjardins Assurances et remettre une copie à l'adhérente.

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée 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.

Déclaration du médecin traitant – Demande initiale (02025)



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

200, rue des Comteurs, Lévis (Québec) G5V 6R2



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC

RACQ

Maladies à caractère physique

N.B. Pour les maladies à caractère psychologique, remplir le formulaire au verso.

Demande initiale

Section à remplir par la personne assurée.

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : N001 4 N° de certificat : _____
 5 Date de naissance : _____

Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient.)

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____
 1.2 Secondaire : _____
 1.3 Complications : _____
 1.4 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état le ou les diagnostics :
 a) reçu des traitements médicaux b) consulté un autre médecin c) pris des médicaments d) été hospitalisé e) subi des examens
 Précisez les périodes : _____
 1.5 L'incapacité est-elle reliée à : Un accident Une maladie Un accident du travail Un accident d'automobile
 Date de l'événement : _____
 une grossesse Non Oui Date prévue de l'accouchement : _____
 un retrait préventif Non Oui
 1.6 Décrivez les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.
 Au début de l'invalidité : _____ Actuellement _____

2. Traitement

2.1 Médicaments – nom – posologie : _____
 2.2 Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :
 a) des examens ou tests Non Oui Précisez : _____
 b) une opération Non Oui D'un jour Type : _____ Date : _____
 Intervention chirurgicale : _____
 c) d'autres traitements Non Oui Précisez : _____
 d) une hospitalisation : Du _____ Au _____ Nom de l'hôpital : _____
 e) un court séjour en observation Non Oui N° d'heures : _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : _____ Prochaine consultation : _____
 3.2 Autres dates de consultations : _____ Fréquence du suivi : _____
 3.3 Orientation vers un autre médecin : Non Oui Nom du médecin : _____
 Spécialité : _____
 3.4 Durée approximative de l'incapacité : N° de jours : _____ N° de semaines : _____ Indéterminée ou date de retour au travail : _____
 3.5 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N° de jours : _____ N° de semaines : _____
 À temps partiel À temps plein Retour progressif Précisez : _____

4. Renseignements supplémentaires

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : (_____) _____
 5.2 N° de permis d'exercer : _____ Télécopieur : (_____) _____
 Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____
 Signature : _____ Date : _____

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE.

02025 (13-09)

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

Déclaration du médecin traitant – Demande initiale (02025) (verso)



VIE • SANTÉ • RETRAITE

200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2



Maladies à caractère psychologique

N.B. Pour les maladies à caractère physique, remplir le formulaire au verso.

Demande initiale

Section à remplir par la personne assurée.

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
3 N° de contrat : _____ 4 N° de certificat : _____
5 Date de naissance : A A A A M M J J

Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient.)

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____
1.2 Secondaire : _____
1.3 Symptômes actuels : _____
1.4 Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Léger Moyen Intense Avec éléments psychotiques
1.5 Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :
 À la vie conjugale ou familiale À la perte d'un emploi ou à une mise à pied À des problèmes professionnels
 À des problèmes personnels ou interpersonnels À la consommation abusive d'alcool ou de drogues ou à des problèmes de jeu
 Autres Précisez : _____
1.6 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état les diagnostics :
a) reçu des traitements médicaux b) consulté un autre médecin c) pris des médicaments d) été hospitalisé e) subi des examens
Précisez la date des épisodes antérieurs : _____

2. Traitement

2.1 Médicaments – nom – posologie : _____
2.2 Le patient consulte-t-il : un psychiatre Non Oui un travailleur social Non Oui
un psychologue Non Oui un autre intervenant de la santé Non Oui
Si oui, nom de l'intervenant consulté : _____
2.3 Hospitalisation : Du _____ Au _____ Nom de l'hôpital : _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : A A A A M M J J Prochaine consultation : A A A A M M J J
3.2 Autres dates de consultations : _____
3.3 Fréquence du suivi : _____
3.4 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre? Non Oui Nom du médecin : _____
3.5 Durée approximative de l'incapacité : N° de jours : _____ N° de semaines : _____ Indéterminée ou date de retour au travail : A A A A M M J J
3.6 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N° de jours : _____ N° de semaines : _____
À temps partiel À temps plein Retour progressif Précisez : _____

4. Renseignements supplémentaires

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : () _____
5.2 N° de permis d'exercer : _____ Télécopieur : () _____
Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____
Signature : _____ Date : A A A A M M J J

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE.

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

Déclaration du médecin traitant – Rapport supplémentaire (02026)



VIE • SANTÉ • RETRAITE

200, rue des Commancheurs, Lévis (Québec) G6V 6R2



RACQ

Maladies à caractère physique

N.B. Pour les maladies à caractère psychologique, remplir le formulaire au verso.

Rapport supplémentaire

Section à remplir par la personne assurée.

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : _____ N001 4 Numéro de certificat : _____
N° de groupe ou de police 5 Date de naissance : _____
A A A A M M J J

Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient.)

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____
 1.2 Secondaire : _____
 1.3 Éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation (joindre copie des résultats récents, radiographies, ECG ou autres tests et examens) : _____
 Poids : _____ lb kg Taille : _____ pi/po m/cm Tension artérielle la plus récente : _____
 1.4 Degré de gravité des symptômes (L = Léger, M = Moyen, I = Intense)

	L	M	I		L	M	I
_____	<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"/>

2. Traitement

2.1 Médicaments – nom – posologie : _____
 2.2 Traitements additionnels (précisez le type et la fréquence) : _____
 2.3 Chirurgie (date, nature et intervention) : _____
 2.4 Hospitalisation : Du _____ Au _____ Nom de l'hôpital : _____
 2.5 Consultation d'un spécialiste : Non Oui ➔ **Annexez la copie**

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la dernière consultation : A A A A M M J J Prochaine consultation : A A A A M M J J
 3.2 Tests et examens à venir, précisez : _____
 3.3 Fréquence du suivi : _____
 3.4 Orientation vers un spécialiste : Non Oui Nom du médecin : _____
 3.5 Date prévue de consultation d'un spécialiste : A A A A M M J J Spécialité : _____
 3.6 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.

Au début de l'invalidité	Actuellement

 3.7 Évolution : Progressive Stable Régressive
 3.8 Si vous prévoyez que cette absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.

 3.9 Collaboration du patient à son traitement : Excellente Moyenne Médiocre
 3.10 Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail? Non Oui
 3.11 Durée approximative de l'incapacité : N° de jours : _____ N° de semaines : _____ Indéterminée ou date de retour au travail : A A A A M M J J
 3.12 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N° de jours : _____ N° de semaines : _____
 À temps partiel À temps plein Retour progressif Précisez : _____

4. Renseignements supplémentaires

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : (_____) _____
 5.2 N° de permis d'exercer : _____ Télécopieur : (_____) _____
 Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____
 Signature : _____ Date : A A A A M M J J

Déclaration du médecin traitant – Rapport supplémentaire (02026) (verso)



VIE • SANTÉ • RETRAITE

230, rue des Commandants, Lévis (Québec), G6V 6R2



RACQ

Maladies à caractère psychologique

Rapport supplémentaire

N.B. Pour les maladies à caractère physique, remplir le formulaire au verso. **Section à remplir par la personne assurée.**

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : _____ N° de groupe ou de police _____ 4 Numéro de certificat : _____
 5 Date de naissance : _____

Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient.)

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____
 1.2 Secondaire : _____
 1.3 Veuillez décrire les signes et symptômes avec leur fréquence et précisez le degré de gravité de chacun d'eux (L = Léger, M = Moyen, I = Intense)

Signes	L	M	I	Symptômes	L	M	I
_____	<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"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Traitement

2.1 Médicaments – nom – posologie : _____

2.2 Votre patient consulte-t-il un : Depuis quand? Votre patient est-il suivi : Précisez :

psychiatre	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____	dans un centre de traitement	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
psychologue	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____	dans un CLSC	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
travailleur social	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____	dans un hôpital de jour	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
autre intervenant	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____	en thérapie de groupe	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
				en thérapie individuelle	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____

AXE II) Troubles de la personnalité associés : Non Oui Précisez : _____
 Problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme associés ou problèmes de jeu : Non Oui Précisez : _____

AXE III) Maladie associée : – diagnostic : _____
 – médicaments prescrits : _____

AXE IV) Stresseurs psychosociaux associés (dans les 12 derniers mois) :

Problèmes personnels ou interpersonnels Perte d'emploi ou mise à pied Problèmes professionnels
 Problèmes conjugaux ou familiaux Consommation abusive d'alcool ou de drogues ou problèmes de jeu
 Autres Précisez : _____

AXE V) Évaluation globale de fonctionnement (selon l'échelle EGF du DSM IV (0 à 100) 100 = condition parfaite)
 – au début du traitement : _____ – actuellement : _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la dernière consultation : _____ Prochaine consultation : _____
 3.2 Fréquence du suivi : _____
 3.3 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre? Non Oui Nom du médecin : _____
 3.4 Collaboration du patient à son traitement : Excellente Moyenne Médiocre
 3.5 Si vous prévoyez que cette absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.

 3.6 Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail? Non Oui
 3.7 Considérez-vous que son état s'est amélioré de façon optimale? Non Oui
 3.8 Durée approximative de l'incapacité : N° de jours : _____ N° de semaines : _____ Indéterminée ou date de retour au travail : _____
 3.9 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N° de jours : _____ N° de semaines : _____
 À temps partiel À temps plein Retour progressif Précisez : _____

4. Renseignements supplémentaires

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : (_____) _____
 5.2 N° de permis d'exercer : _____ Télécopieur : (_____) _____
 Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____
 Signature : _____ Date : _____

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE. Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Demande de prestation pour un décès – Déclaration du réclamant (02227)

		200, rue des Commandeurs Lévis (Québec) G6V 6R2		DEMANDE DE PRESTATION POUR UN DÉCÈS DÉCLARATION DU RÉCLAMANT	
VIE • SANTÉ • RETRAITE					
Nous ne pourrions donner suite à cette demande de prestation que si une réponse satisfaisante est fournie à toutes les questions.					
<ul style="list-style-type: none"> • Veuillez remplir les sections A, B et C; faire remplir le formulaire Demande de prestation – Déclaration de l'employeur (n° 12123F) et nous fournir les documents requis. • Ce formulaire doit être rempli par le bénéficiaire désigné ou, en l'absence d'un bénéficiaire, par le liquidateur de la succession. • Si le bénéficiaire est inapte ou mineur, ce formulaire doit être rempli par son tuteur ou mandataire. • S'il y a plus d'un bénéficiaire, chacun d'eux doit remplir un formulaire. • Ce formulaire doit être retourné avec le certificat de décès. Pour nous joindre: 1 877 938-8191					
A. Information concernant la personne décédée					
Nom		Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA-MM-JJ	La personne décédée était-elle: <input type="checkbox"/> assurée principale <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> personne à charge
Adresse - N°, rue		Ville	Province	Code postal	
Employeur de l'assuré principal			N° de contrat/groupe N901	N° de compte/division	N° d'identification de l'assuré
Profession		État civil <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Unie civilement <input type="checkbox"/> Séparée, date de la convention ou du jugement, s'il y a lieu: AAAA-MM-JJ	<input type="checkbox"/> Conjointe de fait	<input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Divorcée le: AAAA-MM-JJ	
1. Date du décès AAAA-MM-JJ	2. Lieu du décès		3. Cause du décès		
4. Nom et adresse des médecins qui ont traité la personne décédée au cours des 2 dernières années:					
5. Le décès est-il le résultat d'un accident? Si oui, date de l'accident: AAAA-MM-JJ					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	6. Genre d'accident ou résumé des circonstances entourant l'accident				
7. S'agit-il d'un suicide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	8. Y a-t-il eu enquête du coroner relativement au décès? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	9. Y a-t-il un conjoint survivant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	10. Le conjoint a-t-il la garde des enfants? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
11. La personne décédée avait-elle (répondez par oui ou non à chaque question; si oui, donnez la date du document concerné):					
un testament? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date: AAAA-MM-JJ		un contrat de mariage? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date: AAAA-MM-JJ		un contrat d'union civile? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date: AAAA-MM-JJ	
une déclaration d'hérité*? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date: AAAA-MM-JJ		des enfants à charge? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Si oui, précisez le nombre et leur âge: * Voir définition au verso			
12. a) Avant-elle déjà fait usage de tabac sous une forme quelconque? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	b) Quand avait-elle commencé à fumer?	c) Quand avait-elle cessé de fumer?	d) Indiquez les périodes d'interruption		
13. La personne décédée détenait-elle d'autres contrats d'assurance vie avec Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie ou dans une caisse Desjardins? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants:					
Nom de l'institution	N° de compte si caisse Desjardins	Nom du produit	N° de contrat/police	N° d'identification/certificat	
B. Identification du réclamant					
Nom		Prénom	Date de naissance	N° d'assurance sociale	
Adresse - N°, rue		Ville	Province	Code postal	
À quel titre faites-vous cette demande de prestation? <input type="checkbox"/> Bénéficiaire désigné au contrat <input type="checkbox"/> Tuteur		<input type="checkbox"/> Liquidateur de la succession <input type="checkbox"/> Autre, précisez:	<input type="checkbox"/> Conjoint	N° de téléphone Résidence: (514) 993-1111 (région 455) Travail: (514) 993-1111 (région 455)	
DÉPÔT DIRECT - Si vous désirez obtenir le dépôt direct des demandes de prestations, remplir cette section et joindre un spécimen de chèque portant la mention « ANNULÉ ».			N° d'identification (Transit)	N° de compte	
DÉCLARATION - Je déclare que toutes les réponses données sont complètes et véridiques.					
Signature du réclamant					Date
C. Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels					
Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) ou ses réassureurs: a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus au sujet de la personne décédée qui sont nécessaires au traitement du dossier. Sans que cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIB, Inc., de compagnies d'assurance ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du preneur, de son employeur ou de ses ex-employeurs; b) à ne communiquer qu'à ces personnes physiques ou morales ou à ces organismes publics ou parapublics que les seuls renseignements personnels qu'elle détient au sujet de la personne décédée et qui sont nécessaires à l'objet du dossier tels que le testament, le certificat de décès, le certificat de recherche testamentaire ou la désignation de bénéficiaire, s'il y a lieu; c) à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à son sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli; d) à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement au sujet de la personne décédée qui sont pertinents aux fins de la détermination de son admissibilité à une assurance ou à des garanties. La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant ses personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par la demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.					
Signature du bénéficiaire ou du liquidateur de la succession					Date
92227 (16-03)		Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.		Page 1 de 2	

DÉFINITIONS

Déclaration d'hérédité (au Québec seulement)

En l'absence de testament, c'est un document préparé par un notaire qui permet d'identifier la personne décédée, son état civil, son régime matrimonial, s'il y a lieu, et ses héritiers. Il peut également, en second lieu, servir à désigner le liquidateur de la succession. Il est utilisé auprès d'intervenants comme les banques, les caisses Desjardins, les compagnies d'assurances et les autorités gouvernementales.

Liquidateur de succession / Représentant successoral

Personne désignée par le testateur, par la cour ou, dans certaines provinces, par les héritiers pour procéder à la liquidation d'une succession.

Testament

Acte révocable par lequel une personne (appelée testateur) détermine comment ses biens seront dévolus à son décès. Le testament doit revêtir une des formes prévues dans la loi, soit olographe, devant témoins ou notarié (au Québec seulement).

Testament devant témoins

Testament :

- écrit par le testateur ou un tiers, et
- daté et signé par le testateur ou un tiers, selon la province, en présence de deux ou plusieurs témoins.

Il doit être vérifié par le tribunal au décès du testateur.

Testament notarié (au Québec seulement)

Testament fait devant notaire et signé par le testateur, le notaire et un témoin. Il n'a pas à être vérifié par le tribunal.

Testament olographe

Testament entièrement écrit, daté et signé de la main du testateur. Il ne requiert aucun témoin. Il doit être vérifié par le tribunal au décès du testateur.

Testateur

Personne qui rédige un testament.

Gestion de l'accès au site sécurisé à l'intention des administrateurs de régimes (02301F06)



Complexe Maurice-Janguay
5750, boulevard Émile-Dalme, bureau 200
Lévis (Québec) G6V 2V6

ASSURANCE COLLECTIVE - ADMINISTRATION DES CONTRATS

GESTION DE L'ACCÈS AU SITE SÉCURISÉ

À L'INTENTION DES ADMINISTRATEURS DE RÉGIMES

Pour utiliser le site sécurisé, une des versions des navigateurs suivants est requise :

- Mozilla Firefox, dernière version sous Windows
- Internet Explorer 8.0+ sous Windows
- Google Chrome, dernière version sous Windows
- Safari 5.0.6 sous Mac

Réservé à l'assureur

NUMÉRO DE DEMANDE

Veillez remplir un formulaire pour chaque utilisateur.

A - IDENTIFICATION DE L'UTILISATEUR – VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES.

Numéro du contrat N001		Nom du contrat MINISTÈRE DE LA FAMILLE	
Nom		Prénom	Titre <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle
Langue de communication <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Numéro de téléphone (travail) () - poste	Courriel	
Date de naissance de l'utilisateur Année Mois Jour		Prénom de la mère (à des fins de validation)	

B - TYPE DE DEMANDE

<input checked="" type="checkbox"/> ENREGISTREMENT DE L'UTILISATEUR	<input type="checkbox"/> MODIFICATION DES ACCÈS DE L'UTILISATEUR <input type="checkbox"/> Ajout ou retrait de COMPTES – Veillez remplir la section D.	<input type="checkbox"/> Ajout ou retrait de SERVICES
<input type="checkbox"/> RETRAIT DE L'UTILISATEUR OU DE L'ACCÈS À DES COMPTES – Date d'effet : Année Mois Jour		

C - ACCÈS ET SERVICES AUTORISÉS

<input type="checkbox"/> Accès à tout le contrat	<input checked="" type="checkbox"/> Accès à certains comptes seulement – Veillez remplir la section D.	
Remplir section I ou II	I - TYPES D'ACTIVITÉS PERMISES : <input checked="" type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Transactions	II - ACCÈS RESTREINT AUX : <input type="checkbox"/> Rapports <input checked="" type="checkbox"/> Rapports et facture électronique
	<input checked="" type="checkbox"/> AVEC facture électronique <input type="checkbox"/> SANS facture électronique	

D - LISTE DES COMPTES

NUMÉRO DE COMPTE	NOM DU COMPTE	FACTURE SOMMAIRE PAR DÉFAUT	TYPE DE DEMANDE AJOUT	TYPE DE DEMANDE RETRAIT
		<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"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E - COMMENTAIRES

--

F - SIGNATURE

Signature du responsable du contrat	Date
-------------------------------------	------

Veillez transmettre ce formulaire dûment rempli et signé à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie et conserver une copie pour vos dossiers.

RÉSERVÉ À L'ASSUREUR (Secteur des ventes)

TYPE D'UTILISATEUR – Cette notion est de première importance et doit correspondre aux données du système administratif.		
<input type="checkbox"/> Responsable du contrat – Les rôles rattachés à ce type d'utilisateur donnent accès à TOUS les rapports produits pour le preneur.	<input type="checkbox"/> Responsable de compte(s)	<input type="checkbox"/> Autre utilisateur

Demande de prestation pour une perte accidentelle de membres ou de la vue (02809)



200, rue des Comédiens
L'Ass (Québec) G1V 0R2

RELEVÉ COLLECTIF

DEMANDE DE PRESTATION POUR UNE PERTE ACCIDENTELLE DE MEMBRES OU DE LA VUE

Nous ne pouvons donner suite à cette demande de prestation que si une réponse satisfaisante est fournie à toutes les questions.

- Veuillez remplir les sections dans lesquelles des réponses vous sont demandées et faire remplir le formulaire Demande de prestation – Déclaration de l'employeur (n° 12123F).

Pour nous joindre: 1 877 938-8191

A. Information concernant la personne assurée

1- Nom		2- Prénom	
3- Adresse - N° rue		Ville	Province
Code postal			
4- N° de téléphone	Résidence: <small>int. régional - 311</small>	Travail: <small>int. régional - 311</small>	Poste
5- Employeur de l'assuré principal	N° de contrainte	N° de compte/division	N° d'identification de l'assuré
6- Nom de famille de la personne blessée (si autre que l'assuré)		7- Prénom	
8- Adresse - N° rue		Ville	Province
Code postal			
9- N° de téléphone	Résidence: <small>int. régional - 311</small>	Travail: <small>int. régional - 311</small>	Poste

B. Enfant assuré - S'il est âgé de 18 à 25 ans inclusivement ou de 21 à 25 ans inclusivement (selon le contrat)

Est-il étudiant à plein temps? Oui Non. Si Oui, nom et adresse de l'établissement fréquenté:

C. Détails de l'accident

1 - Date de l'accident: <small>AAAA - MM - JJ</small>	2 - La personne blessée était-elle: <input type="checkbox"/> le conducteur <input type="checkbox"/> un passager
3 - S'agit-il: <input type="checkbox"/> d'un accident de travail <input type="checkbox"/> d'une maladie professionnelle <input type="checkbox"/> d'un accident de véhicule motorisé <input type="checkbox"/> autre, précisez:	
4 - Brève description de l'accident:	

D. Description des blessures

1 - Brève description des blessures:	

2 - La personne blessée a-t-elle subi une intervention chirurgicale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Si Oui, précisez:	
Nature de l'intervention: _____	Date de l'intervention: <small>AAAA - MM - JJ</small>

E. Déclaration de l'assuré

DÉPÔT DIRECT - Si vous désirez obtenir le dépôt direct des demandes de prestations, remplir cette section et joindre un spécimen de chèque portant la mention «ANNULÉ».

N° d'identification (transit) _____ N° de compte _____

DÉCLARATION - Je déclare que toutes les réponses données sont complètes et véridiques. Je reconnais avoir pris connaissance de l'avis relatif à la gestion des renseignements personnels au verso du présent formulaire.

Signature de l'assuré _____ Date AAAA - MM - JJ _____

F. Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) ou ses réassureurs: a) à me recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIB, Inc., de compagnie d'assurance ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du preneur de mon employeur ou de mes ex-employeurs; b) à ne communiquer qu'à des personnes physiques ou morales ou à des organismes publics ou parapublics que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet de mon dossier; c) à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli; d) à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier; e) à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement à mon sujet qui sont pertinents aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance ou à des garanties; f) à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels sur ma santé au MIB, Inc. La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par ma demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de la personne blessée (14 ans ou plus) _____ Date AAAA - MM - JJ _____

ET Signature du père, mère ou tuteur si cette personne est mineure _____

Demande de prestation pour une perte accidentelle de membres ou de la vue (02809) (verso)

Les honoraires que pourrait exiger le médecin pour remplir ce rapport sont à la charge de l'assuré.

RAPPORT DU MÉDECIN TRAITANT
PERTE ACCIDENTELLE DE MEMBRES OU DE LA VUE

SECTION QUE L'ASSURÉ DOIT REMPLIR

A. Information concernant la personne blessée

1 - Nom de famille	2 - Prénom	3 - Date de naissance AAAA - MM - JJ
--------------------	------------	---

B. Gestion des renseignements personnels

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des différents services financiers (assurances, rentes, crédit, etc.) qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de DSF qui en ont besoin pour leur travail. 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 Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, 200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec), G6V 5R2. DSF peut utiliser la liste de ses clients pour les informer de ses promotions ou leur offrir un nouveau produit. DSF 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 de telles offres, 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 DSF.

SECTION QUE LE MÉDECIN DOIT REMPLIR

C. Renseignements généraux

1 - Date de l'accident: AAAA - MM - JJ										
2 - S'il y a perte d'usage, est-elle totale et définitive? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
3 - La perte totale et définitive est-elle survenue dans les 365 jours qui ont suivi l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
4 - S'agit-il: <input type="checkbox"/> d'un accident de travail <input type="checkbox"/> d'une maladie professionnelle <input type="checkbox"/> d'un accident de véhicule moteur <input type="checkbox"/> autre, précisez:										
5 - Description de la perte - Mentionnez aussi le code C.I.M.										
6 - S'il y a mutilation ou perte de l'usage, indiquez le niveau de l'amputation ou le % de la perte de l'usage:		Date AAAA - MM - JJ								
7 - Perte de la vue lors du dernier examen, en date du: AAAA - MM - JJ		8 - La perte de l'usage est-elle le résultat direct de l'accident et indépendamment de toute autre cause? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Non, veuillez expliquer:								
a) Acuité visuelle	<table border="1"> <tr> <th>Oeil gauche</th> <th>Oeil droit</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Oeil gauche	Oeil droit						
Oeil gauche	Oeil droit									
b) Acuité avec verres										
c) La vision peut être améliorée ou partiellement corrigée par:										
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Verres</td> <td><input type="checkbox"/> Verres</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Traitements</td> <td><input type="checkbox"/> Traitements</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Opération</td> <td><input type="checkbox"/> Opération</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aucun moyen</td> <td><input type="checkbox"/> Aucun moyen</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Verres	<input type="checkbox"/> Verres	<input type="checkbox"/> Traitements	<input type="checkbox"/> Traitements	<input type="checkbox"/> Opération	<input type="checkbox"/> Opération	<input type="checkbox"/> Aucun moyen	<input type="checkbox"/> Aucun moyen	
<input type="checkbox"/> Verres	<input type="checkbox"/> Verres									
<input type="checkbox"/> Traitements	<input type="checkbox"/> Traitements									
<input type="checkbox"/> Opération	<input type="checkbox"/> Opération									
<input type="checkbox"/> Aucun moyen	<input type="checkbox"/> Aucun moyen									
9 - Au moment de l'accident, l'assuré avait-il absorbé des médicaments? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non des stupéfiants? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non de l'alcool? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, nous fournir les résultats des tests.										
10 - Autres médecins traitants										
Nom: _____ Adresse: _____ Date: _____										
Nom: _____ Adresse: _____ Date: _____										
Nom: _____ Adresse: _____ Date: _____										
11 - Hôpitaux ou autres institutions qui l'ont traité.										
Nom: _____ Adresse: _____ Date: _____										
Nom: _____ Adresse: _____ Date: _____										
Nom: _____ Adresse: _____ Date: _____										
12 - Commentaires										

D. Identification du médecin

Nom, prénom: _____	N° de téléphone: _____ Ind. régional - RP
N° de permis d'exercer: _____	N° de télécopieur: _____ Ind. régional - RP
<input type="checkbox"/> Ombrepatien <input type="checkbox"/> Spécialiste Précisez: _____	
Signature: _____	Date: _____ AAAA - MM - JJ



UN ACCÈS À VOTRE ASSURANCE PARTOUT ET EN TOUT TEMPS

Nos services en ligne facilitent la gestion de votre dossier d'assurance et vous procurent la rapidité et la flexibilité que vous recherchez.

- Faites vos réclamations sur votre ordinateur ou votre appareil mobile pour une multitude de soins de santé complémentaires, y compris les soins visuels, et obtenez le dépôt direct des sommes remboursées.
- Gérez plusieurs aspects de votre régime sans recourir à des formulaires.
- Profitez rapidement de vos remboursements en souscrivant au service de dépôt direct.
- Recevez vos bordereaux explicatifs en ligne en optant pour le service d'avis électronique.

360° SERVICES

ASSURANCE COLLECTIVE

Nos services en ligne

Moins de papier, plus d'efficacité!

 **Desjardins**
Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir



SUR VOTRE ORDINATEUR

SITE SÉCURISÉ DESTINÉ AUX ADHÉRENTS

Un incontournable pour profiter de tout ce que vos protections d'assurance ont à vous offrir.

- Envoi de réclamations en ligne
- Ajout, retrait et modification de personnes à charge
- Inscription au Service de dépôt direct et d'avis électronique
- Impression de formulaires préremplis
- Impression de la carte de paiement
- Vérification de la couverture des médicaments
- Consultation des bordereaux explicatifs
- Solde du compte de dépenses de frais de santé
- Accès à des rapports aux fins de l'impôt
- Accès à la plateforme *À votre santé 360°*
- Et plus encore !

SUR VOTRE APPAREIL MOBILE

RÉCLAMATION 360°



Cette application vous permet d'utiliser votre tablette ou votre téléphone intelligent pour réclamer des frais liés aux soins ou aux services prodigués par des professionnels de la santé, y compris les soins visuels. Elle offre également d'autres options pratiques, dont l'accès à la carte de paiement et au solde du compte de dépenses de frais de santé, si offerts par votre régime.

SOLUTION VOYAGE DESJARDINS

Si votre régime collectif comporte l'option voyage, cette application d'assistance voyage vous accompagne partout et vous apporte une aide concrète et immédiate dans les situations délicates.



Nos applications mobiles sont gratuites et offertes pour iPhone®, iPad® et iPod touch® ainsi que pour les téléphones et tablettes Android™. Téléchargez-les dès maintenant à partir de votre appareil mobile au m.dsf.ca/mobile360.

S'INSCRIRE, AUSSI FACILE QUE 1-2-3

Ayez vos numéros de contrat et de certificat en main, puis :

- 1 Rendez-vous à desjardinsassurancevie.com/adherent.
- 2 Choisissez **Inscrivez-vous maintenant** sur la page de connexion.
- 3 Saisissez les renseignements demandés, cliquez sur **Soumettre**, puis suivez les instructions indiquées pour terminer votre inscription.

Vos numéros de contrat et de certificat sont indiqués sur votre attestation d'assurance ou votre carte de paiement, si vous en avez une. Votre employeur peut également vous fournir cette information.



UN CHOIX AVANTAGEUX, ÉCOLOGIQUE ET SÉCURITAIRE

LE MODE DE REMBOURSEMENT LE PLUS RAPIDE

Inscrivez-vous au **Service de dépôt direct et d'avis électronique** à partir du site sécurisé pour recevoir vos remboursements dans votre compte bancaire et pour être informé par courriel dès que vos réclamations ont été traitées. Ainsi, vous évitez les délais postaux, les déplacements et les gels de fonds, et le traitement de votre réclamation s'avère beaucoup plus rapide.

Pour soumettre une réclamation en ligne ou au moyen de Réclamation 360°, vous devez être inscrit à ce service.

UN CHOIX ÉCOLOGIQUE EFFICACE

En effectuant vos réclamations à l'aide de nos services en ligne, vous choisissez une option rapide, sans papier et sécuritaire. De plus, grâce au **Service de dépôt direct et d'avis électronique** vous posez un geste responsable à l'égard de l'environnement.

UNE PLATEFORME SÉCURITAIRE

Toutes nos plateformes sont dotées de protocoles de chiffrement robustes qui sont là pour protéger vos renseignements personnels. Vous pouvez donc naviguer en toute quiétude en sachant que vos opérations s'effectuent dans un environnement hautement sécuritaire et confidentiel.

NOUS JOINDRE

Nous avons les réponses à vos questions. Un conseiller peut vous offrir son assistance du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h HNE/HNC/HNR/HNP.

Centre de contact avec la clientèle

Par téléphone : **1 800 463-7843**

En ligne : Cliquez sur **Nous joindre** sur le site sécurisé.

Soutien technique

Par téléphone : **1 866 838-7577**

INSCRIVEZ-VOUS DÈS MAINTENANT !

desjardinsassurancevie.com/adherent



Fière partenaire de



FONDATION^{MC}
DES MALADIES
DU CŒUR
ET DE L'AVC

Coopérer pour créer l'avenir

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

iPhone, iPad et iPod touch sont des marques déposées par Apple Inc., enregistrées aux États-Unis et dans d'autres régions. Android est une marque de Google Inc. Certaines fonctionnalités peuvent varier selon le régime ou la province.

Un renseignement ou une plainte

Si vous avez besoin d'un renseignement ou voulez nous faire part d'un commentaire ou d'une plainte concernant notre gestion de vos renseignements personnels, n'hésitez pas à communiquer avec notre Officier de la protection des renseignements personnels.

Ce dernier peut également enquêter sur toute situation ou tout incident qui pourrait avoir causé, par exemple, la divulgation de renseignements personnels que nous détenons à votre sujet à une personne qui n'était pas autorisée à y avoir accès.

Officier de la protection des renseignements personnels

Vous pouvez joindre l'Officier de la protection des renseignements personnels de Desjardins Assurances à l'adresse suivante:

200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec), G6V 0B2
ou par téléphone, aux numéros suivants:
418 838-8933 ou **1 877 938-8933** (sans frais)

L'Officier de la protection des renseignements personnels ne peut pas entrer la sécurité des renseignements personnels que vous lui transmettez par courriel. Si vous souhaitez néanmoins vous servir de ce mode de transmission, veuillez utiliser l'adresse suivante: renseignements.personnels@dsd.ca

Desjardins Assurances et ses filiales

Desjardins Assurances est la filiale d'assurance de personnes du mouvement des caisses Desjardins. Elle est présente partout au pays et offre une vaste gamme de produits et services d'assurance de personnes et d'épargne.

Elle possède de plus deux filiales: Desjardins Sécurité Financière Investissements (y compris SFL Placement), un cabinet de services financiers, et Sigma Assesol, une entreprise spécialisée dans les services d'assistance.



Gestion et protection des renseignements personnels



La confidentialité de vos renseignements personnels, c'est important.

Desjardins Assurances accorde une grande importance à la confidentialité de vos renseignements personnels. À cette fin, elle a adopté une politique bien établie qui encadre étroitement ses pratiques en la matière.

Si vous souhaitez prendre connaissance de l'ensemble de cette politique, veuillez la consulter à l'adresse www.desjardinsassurances.ca



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité Financière, compagnie d'assurance VI (C. 46400001) et Desjardins Investissements (C. 46400002).



Qu'est-ce qu'un « renseignement personnel »?

La notion de « renseignement personnel » est définie dans la loi applicable dans votre province de résidence. En peu de mots, il s'agit de tout renseignement concernant une personne physique, pris séparément ou combiné avec d'autres données, qui permet de l'identifier.

La veille et la communication de renseignements personnels

Nous avons l'obligation de ne recueillir que les renseignements personnels qui sont nécessaires à l'objet d'un dossier, par exemple, la souscription d'une police ou un règlement d'assurance.

De plus, nous demandons un consentement à nos clients lorsque nous devons recueillir, utiliser ou communiquer à autrui des renseignements les concernant (à moins que la loi ne le permette autrement). Par exemple, un tel consentement figure dans certains des formulaires que nous utilisons.

Un avis de gestion des renseignements personnels se trouve aussi sur plusieurs de nos formulaires.

La détection et l'utilisation des renseignements personnels

Dès qu'ils Assurances applique aussi quotidiennement un vaste ensemble de mesures de sécurité pour assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels qu'elle détermine et utilise.

Parmi ces mesures, elle maintient d'importants contrôles pour protéger ses systèmes informatiques. Elle s'est aussi créée de pratiques précises visant notamment l'utilisation, le renvoi et l'archivage des dossiers physiques et le contrôle des accès à ses bureaux administratifs.

De plus, par l'intermédiaire de son code de déontologie, chacun de ses employés s'engage chaque année :

- à préserver la confidentialité des renseignements personnels contenus dans les dossiers;
- à ne consulter que les dossiers nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

La transmission de renseignements personnels à l'extérieur de l'entreprise est aussi effectuée de manière à assurer leur confidentialité.



Vous avez une demande concernant vos renseignements personnels?

En tant que client de Desjardins Assurances, vous pouvez communiquer avec son Officier de la protection des renseignements personnels relativement à tous vos besoins concernant la gestion des renseignements personnels qu'elle détermine à votre sujet.

Votre dossier

- Vous pouvez demander une copie de votre dossier moyennant des frais raisonnables.
- Vous pouvez prendre un rendez-vous pour consulter votre dossier gratuitement dans l'un de nos bureaux administratifs.
- Vous pouvez faire apporter des correctifs à votre dossier si vos renseignements personnels sont, entre autres, incomplets ou inexacts.
- Vous pouvez faire supprimer des renseignements personnels vous concernant s'ils sont précisés ou ne sont pas requis par l'objet de votre dossier.
- Vous pouvez demander à nous avoir fait appel à un fournisseur de services situé à l'étranger du Canada relativement à la gestion de votre dossier.
- Vous pouvez nous demander de retirer votre nom de nos listes de sollicitation et, ainsi, de ne plus vous transmettre de communications concernant, par exemple, un nouveau produit ou service d'assurance. Enfin, vous pouvez formuler des commentaires écrits qui seront versés à votre dossier.

Demande de prestations d'assurance invalidité ou d'exonération des primes – Déclaration de l'employé (06329F)



200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

ASSURANCE COLLECTIVE - RÉGLEMENTS D'ASSURANCE SALAIRE

**DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE
INVALIDITÉ OU D'EXONÉRATION DES PRIMES**

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

A - IDENTIFICATION

Nous ne pourrons donner suite à cette demande que si une réponse appropriée est fournie à toutes les questions.

Nom et prénom de l'employé		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ
Adresse - N°, rue, appartement		Ville	Province Code postal
N° de police ou groupe ou contrat N001	N° de compte	N° de certificat ou d'identification	N° d'assurance sociale *
N° de téléphone : () -			

* Votre numéro d'assurance sociale est nécessaire seulement si vos prestations d'assurance invalidité sont imposables. Veuillez vous informer auprès de votre employeur.

B - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Formation :
Scolarité :
Expériences de travail :

Langue parlée : Français Anglais Langue écrite : Français Anglais

2. L'invalidité est-elle due à un accident? Oui Non Si oui, date de l'accident : Heure Type d'accident
 AM PM De travail De véhicule automobile Autre

Veuillez préciser l'endroit et la manière dont l'accident est survenu :

3. Avant de devenir invalide, avez-vous été traité pour la maladie ou la blessure ayant causé cette invalidité? Oui Non
Si oui, veuillez donner les détails incluant les noms, adresses et numéros de téléphone de tous les médecins et spécialistes qui vous ont traité :

4. Noms, adresses et numéros de téléphone des médecins et spécialistes qui vous ont traité durant votre invalidité :

VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO DU FORMULAIRE.

Demande de prestations d'assurance invalidité ou d'exonération des primes – Déclaration de l'employé (06329F) (verso)

B - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX - (SUITE)

5 Si vous possédez une assurance prévoyant une protection en cas d'accident ou de maladie par l'intermédiaire d'un syndicat, d'une société, d'un créancier, d'une assurance hypothèque ou automobile, d'un club ou d'une autre association, d'un autre employeur ou d'une police individuelle, veuillez fournir les détails suivant :

Nom de l'assureur	N° de police	N° de certificat	Date du début des prestations	Date de fin des prestations	Montant	Hébd/Mens.
			AAAA MM JJ	AAAA MM JJ		\$ <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
			AAAA MM JJ	AAAA MM JJ		\$ <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M

Commentaires :

C - ADHÉSION AU SERVICE DE DÉPÔT DIRECT

Veillez joindre à ce formulaire un chèque spécimen portant la mention « Annulé ».

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), ci-après nommée Desjardins Assurances, à déposer le versement de ma prestation, au moyen du système de **DÉPÔT DIRECT**, dans le compte que je détiens auprès de l'institution financière suivante :

Nom de l'institution financière	N° d'institution	N° de transit/succursale	N° de compte
Adresse - N°, rue, bureau	Ville	Province	Code postal

Toute somme créditée à mon compte, en vertu de la présente autorisation, sera identifiée par le code de transaction **DÉPÔT DIRECT** et je reconnais que toute somme ainsi créditée constituera un paiement effectué en conformité avec cette autorisation.

La présente autorisation entrera en vigueur le _____ et prendra fin après un préavis écrit de 10 jours que Desjardins Assurances me transmettra ou que je lui transmettrai.

Signature de l'employé :

Date :

D - 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. 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.

E - DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Remplir à chaque demande.

Je certifie que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques. Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Assurances : a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIS (connu auparavant sous le nom Bureau de renseignements médicaux), des compagnies d'assurance, agents de renseignements personnels ou agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs; b) à ne communiquer auxdites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier; c) à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli.

J'autorise Desjardins Assurances à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé :

Date :

TRÈS IMPORTANT

Veillez faire remplir la Déclaration du médecin traitant - Demande initiale et faire parvenir les formulaires remplis à Desjardins Assurances, prestations d'invalidité.

Adhésion au service de dépôt direct et d'avis électronique (07019F)



VIE • SANTÉ • RETRAITE

ADHÉSION AU SERVICE DE DÉPÔT DIRECT ET D'AVIS ÉLECTRONIQUE
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE ET DE SOINS DENTAIRES

Nom et prénom de l'assuré				N° de certificat	
Adresse - N°, rue, appartement		Ville	Province	Code postal	N° de police, de groupe ou de contrat
Numéros de téléphone :		Résidence : () *	Travail : () *		Poste :

Ce service vous permet de toucher vos prestations au moyen d'un dépôt direct et de recevoir un avis par courriel lorsque votre demande de prestations de soins de santé ou de soins dentaires a été traitée.

Si vous n'êtes pas déjà inscrit au service de dépôt direct, veuillez joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ » à la présente demande.

Pour adhérer au service d'avis électronique, veuillez inscrire votre adresse électronique : _____

Pour obtenir plus de détails sur ces services, pour y adhérer électroniquement ou pour apporter des modifications à vos renseignements personnels, visitez notre site Web, à l'adresse desjardinsassurancevie.com/adherent.

Signature de l'assuré :

Date :

RETOURNER À : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6

07019F (15-09)

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

SAISSABILITÉ

DANS TOUS LES CAS

Les **créanciers du bénéficiaire** PEUVENT saisir la prestation de décès seulement au moment où le bénéficiaire touche la somme assurée.

DE PLUS, AUX CATÉGORIES DE BÉNÉFICIAIRES SUIVANTES **S'AJOUTENT** LES PARTICULARITÉS INDICUÉES

POUR TOUTE DÉSIGNATION SPÉCIFIQUE DE BÉNÉFICIAIRES, PEU IMPORTE LEUR STATUT RÉVOCABLE OU IRRÉVOCABLE

Les **créanciers de l'adhérent** NE PEUVENT saisir la prestation de décès.

En cas de faillite de l'**adhérent**, le **syndic** de ce dernier NE PEUT saisir la prestation de décès.

S'IL Y A ABSENCE DE DÉSIGNATION OU POUR LES TYPES DE DÉSIGNATIONS SUIVANTS : SUCCESSION, AYANTS DROIT, HÉRITIERS, LIQUIDATEURS DE SUCCESSION, FIDUCIAIRES* OU AUTRES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Les **créanciers de l'adhérent** PEUVENT saisir la prestation de décès.

En cas de faillite de l'**adhérent**, le **syndic** de ce dernier PEUT saisir la prestation de décès.

* La désignation de fiduciaires ne s'applique pas au Québec

LA DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES

Ce document vise uniquement à fournir de l'information générale.

Veillez vous référer à la personne responsable des avantages sociaux chez votre employeur ou à un conseiller juridique pour obtenir des renseignements plus spécifiques ou pour effectuer une modification à votre désignation de bénéficiaires.

QUI POUVEZ-VOUS DÉSIGNER COMME BÉNÉFICIAIRES?

DÉSIGNATION SPÉCIFIQUE

Vous pouvez désigner comme bénéficiaires votre conjoint, soit la personne avec laquelle vous êtes marié légalement ou uni civilement, votre enfant ou toute autre personne de votre choix.

Vous pouvez aussi désigner une personne qui n'est pas encore née. Cependant, il faudra que cette personne soit vivante au moment où la prestation d'assurance deviendra payable. Au Québec, cette personne pourrait aussi être conçue mais devra naître viable.

AUTRES TYPES DE DÉSIGNATION

Vous pouvez également désigner votre succession, vos ayants droit, héritiers, liquidateurs de succession, fiduciaires* ou autres représentants légaux.

* La désignation de fiduciaires ne s'applique pas au Québec.

ABSENCE DE DÉSIGNATION

OU DÉSIGNATION EN FAVEUR DE LA SUCCESSION
Le produit de l'assurance fera partie de la succession de l'adhérent. Il sera distribué selon les dispositions du testament de l'adhérent ou à défaut, selon les dispositions des lois alors en vigueur.

IMPLICATIONS LÉGALES DU STATUT DE LA DÉSIGNATION

STATUT RÉVOCABLE

La désignation du bénéficiaire PEUT être changée sans son consentement.

STATUT IRRÉVOCABLE

La désignation du bénéficiaire NE PEUT être changée sans son consentement. La désignation IRRÉVOCABLE d'une personne mineure ne pourra être changée avant sa majorité.

POUR TOUTES LES PROVINCES (sauf Québec)

La désignation de bénéficiaires est RÉVOCABLE à moins de stipulation contraire.

POUR LA PROVINCE DE QUÉBEC

La désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est IRRÉVOCABLE à moins de stipulation contraire. La désignation de toute autre personne à titre de bénéficiaire est RÉVOCABLE, à moins de stipulation contraire.

VOTRE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES EST-ELLE VALIDE?

Avec le temps, il est possible que certains événements aient modifié le statut légal d'un bénéficiaire. Ces événements peuvent ne pas être de votre ressort, comme dans le cas d'une modification de la loi, ou être reliés à une action de votre part, comme une modification de désignation.

Vous devez dans un premier temps identifier les bénéficiaires que vous avez déjà désignés et leur statut respectif. Par la suite, veuillez vous référer à la personne responsable des avantages sociaux chez votre employeur ou à un conseiller juridique, au besoin.

Les démarches à faire pour vérifier la validité d'une désignation de bénéficiaires sont importantes puisque dans le cas où la validité de cette désignation serait incertaine, le capital assuré pourrait être versé à la mauvaise personne et des procédures judiciaires pourraient en résulter.

Il ne faut pas oublier que le règlement d'une police d'assurance implique habituellement des sommes considérables. De plus, le départ d'un être cher est un événement difficile à vivre pour ceux qui restent. Or, vous seul êtes en mesure de vous assurer que vous ne léguerez aucune source de problème à vos survivants.

VOUS DÉSIREZ MODIFIER VOTRE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES

Au cours des années, il y a eu des modifications dans l'application de la loi se rapportant au règlement des polices d'assurance vie. C'est pour cette raison que nous vous demandons d'être vigilant dans le cas où vous effectuez une modification de bénéficiaires.

Avant d'agir, vous devez vous assurer de la validité et du statut légal des derniers bénéficiaires que vous avez désignés. Veuillez vous référer à la personne responsable des avantages sociaux chez votre employeur ou à un conseiller juridique, au besoin.

Demande de prestations d'assurance invalidité ou d'exonération des primes – Déclaration de l'employeur (08317F)



200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 0R2

ASSURANCE COLLECTIVE - RÉGLEMENTS D'ASSURANCE SALAIRE

**DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE
INVALIDITÉ OU D'EXONÉRATION DES PRIMES**
DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

A - IDENTIFICATION Nous ne pourrions donner suite à cette demande que si une réponse appropriée est fournie à toutes les questions.

Nom et prénom de l'employé		N° de certificat ou d'identification	N° d'assurance sociale*
Adresse de l'employé - N°, rue, app.		Ville	Province
Code postal			
N° de téléphone : () -			
Nom du preneur ou de l'employeur		N° de police ou groupe ou contrat N001	N° de compte
Adresse du preneur ou de l'employeur - N°, rue, bureau		Ville	Province
Code postal			
N° de téléphone : () -		N° de télécopieur : () -	
Remplir si auto-administré : DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE : AAAA MM JJ			N° de catégorie :

* Le numéro d'assurance sociale est nécessaire seulement si les prestations d'assurance invalidité sont imposables.

B - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX Si les prestations sont imposables, les montants d'impôt de base seront prélevés. Pour toutes autres situations, veuillez fournir les formulaires fiscaux appropriés.

1 Salaire actuel		Montant	2 Date d'effet de ce salaire	3 Statut de l'emploi
<input type="checkbox"/> Hebdo. <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Aux deux semaines		\$	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps partiel
4 Jours de travail/semaine normale		N° d'heures de travail/semaine	5 Type d'horaire	
<input type="checkbox"/> DIM <input type="checkbox"/> LLIN <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> MER <input type="checkbox"/> JEU <input type="checkbox"/> VEN <input type="checkbox"/> SAM			<input type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/> Rotatif	
6 Primes payées par		<input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Les deux		
7 Date d'entrée à votre service	8 Profession	9 Dernier jour de travail		N° d'heures travaillées
AAAA MM JJ		AAAA MM JJ		
10 L'invalidité est-elle due à un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date de l'accident :				
11 Pendant la période d'invalidité, a-t-il touché ou touchera-t-il des sommes d'argent? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : (Nature = vacances, congé de maternité ou de maladie, salaire, assurance emploi, montant forfaitaire, etc.)				
Nature :		Montant :	\$ Période :	
12 Si l'employée est enceinte, une demande de retrait préventif a-t-elle été ou sera-t-elle présentée à la CSST (Québec seulement)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
13 Une demande de prestations a-t-elle été présentée à un organisme gouvernemental? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> CSST/CAT/CSPAAT/CSSIAT/WCB <input type="checkbox"/> RPC/RRQ <input type="checkbox"/> SAAQ (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Indemnisation sans égard à la responsabilité (hors-Québec) <input type="checkbox"/> Autre : _____ AAAA MM JJ				
Date de la demande :		Décision rendue :	Montant : \$	
14 L'employé est-il retourné au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, à quelle date? AAAA MM JJ				
15 Est-il encore à votre service? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, date de son départ : AAAA MM JJ Raison :				
16 Un relevé d'emploi lui a-t-il été remis? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
17 Est-ce que des facteurs liés au travail pourraient avoir contribué à cette invalidité ou avoir une influence sur le retour au travail de cet employé? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Veuillez décrire : _____ _____				
18 Est-ce que votre employé est admissible à une exemption d'impôt en vertu de la Loi sur les Indiens (L.R.C. (1985), ch. I-5)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez indiquer le pourcentage du revenu d'emploi qui est exempt d'impôt : %				

VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO DU FORMULAIRE.

Demande de prestations d'assurance invalidité ou d'exonération des primes – Déclaration de l'employeur (08317F) (verso)

C - ENVIRONNEMENT PHYSIQUE DE L'EMPLOI

Veillez joindre une description de tâches, si disponible.

1. Quelles sont les tâches principales de l'emploi et combien de temps chacune d'entre elles prend-elle par semaine?

Tâches	% Tâches	%
Tâches	% Tâches	%

Pour les questions 2 et 3, utilisez les définitions suivantes pour déterminer la FRÉQUENCE :
 OCCASIONNELLEMENT : 0 - 15 % du temps FRÉQUEMMENT : 16 - 50 % du temps CONTINUUELLEMENT : 51 % du temps et +

2. Milieu de travail - L'emploi comporte-t-il des travaux devant être exécutés dans une ou plusieurs des conditions suivantes?

FRÉQUENCE :	O	F	C	FRÉQUENCE :	O	F	C	FRÉQUENCE :	O	F	C
<input type="checkbox"/> Extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Environnement humide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Au-dessus ou sous le niveau du sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Froid ou chaleur extrême	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fumées toxiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manutention de produits chimiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'emploi implique-t-il d'autres risques? Oui Non Si oui, veuillez les énumérer : _____

3. Cochez les éléments qui concernent l'emploi dans la liste ci-dessous et indiquez l'information requise.

FRÉQUENCE :	O	F	C	FRÉQUENCE :	O	F	C	FRÉQUENCE :	O	F	C
<input type="checkbox"/> Se tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Se pencher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S'étirer/travailler au-dessus de sa tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S'agenouiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> S'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Escaliers (nb de marches _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Se maintenir en équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Échelles (hauteur _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DÉCRIVEZ L'ACTIVITÉ ET INDIQUEZ LA FRÉQUENCE ET LE POIDS :

	FRÉQUENCE :	O	F	C	POIDS
<input type="checkbox"/> Pousser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kg
<input type="checkbox"/> Tirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kg
<input type="checkbox"/> Soulever/transporter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kg

Veillez énumérer les équipements de bureau, les véhicules à moteur, les outils ou tout autre équipement utilisé par l'employé au cours de son travail.

Type d'équipement _____ N^o fois/jour _____

Type d'équipement _____ N^o fois/jour _____

4. L'emploi implique-t-il des bruits extrêmes, une cadence de travail rapide, des répétitions ou des délais courts? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer : _____

5. L'emploi requiert-il de la dextérité? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer : _____

D - RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

SIGNATURE DE LA PERSONNE AUTORISÉE

Nom et prénom de la personne autorisée (EN LETTRES MAJUSCULES) _____ Fonction _____

Signature _____ Date _____

Demande d'adhésion au débit préautorisé d'entreprise (09240F)



C.P. 3000
Lévis (Québec) G6V 9X8
Tél. : 1 866 838-7575
Télex : 418 833-7051 ou 1 866 833-7051
desjardinsassurances.com

ASSURANCE COLLECTIVE - ADMINISTRATION DES CONTRATS

**DEMANDE D'ADHÉSION AU
DÉBIT PRÉAUTORISÉ D'ENTREPRISE
ACCORD DU PAYEUR**

A - IDENTIFICATION – Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom du preneur		N° de contrat	N° de(s) compte(s)	
Adresse - N°, rue		Ville	Province	Code postal

B - DÉBIT PRÉAUTORISÉ

Nom de l'entreprise titulaire du compte			
Nom de l'institution financière où est détenu le compte	N° de l'institution	N° de transit/succursale	N° de compte

AUTORISATION DE RETRAIT

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie à effectuer mensuellement des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus.

Chaque retrait correspondra à un montant variable, lequel sera indiqué sur le relevé des primes transmis par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie au plus tard à la date d'échéance du prélèvement de la prime du régime d'assurance collective. **En conséquence, je renonce à ce que ce relevé me soit transmis dans le délai de 10 jours prévu par la Règle H1 de l'Association canadienne des paiements et ce, tant pour le premier débit que lors des débits subséquents.**

J'accuse réception d'une copie du présent accord.

CHANGEMENT OU ANNULATION

J'informerai Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes. Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 30 jours civils. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.cdnpay.ca. Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part. Je conviens que l'institution financière où j'ai mon compte n'est pas tenue de vérifier que le paiement est prélevé conformément à mon autorisation.

J'atteste, de plus, que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié ci-dessus ont signé la présente autorisation. Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessus.

REMBOURSEMENT

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca. L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 10 jours ouvrables du retrait, dans la mesure où le remboursement est demandé pour une raison admissible. Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure qu'elle me fournira. Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.

CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

Nom du signataire autorisé (EN LETTRES MAJUSCULES)	Signature du signataire autorisé	Date
Nom du deuxième signataire autorisé (EN LETTRES MAJUSCULES)	Signature du deuxième signataire autorisé	Date

(S'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises.)

IMPORTANT Veuillez joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription.
Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Veuillez transmettre l'original à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie et conserver une copie pour vos dossiers.

Confirmation de la déficience fonctionnelle d'un enfant à charge (09296F)



C. P. 3950
Lévis (Québec) G6V 8C6

ASSURANCE COLLECTIVE - RÈGLEMENTS D'ASSURANCE MALADE

CONFIRMATION DE LA DÉFICIENCE FONCTIONNELLE D'UN ENFANT À CHARGE

IDENTIFICATION

Nom et prénom de l'adhérent			
N° de police ou de groupe ou de contrat		N° de certificat	
Nom et prénom de l'enfant à charge		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance de l'enfant à charge AAAA MM JJ
Est-ce que l'enfant demeure avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, avec qui demeure-t-il?	Nom de la personne avec qui il demeure	
N°, rue, appartement	Ville	Province	Code postal

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX - À remplir par l'adhérent.

1. Veuillez décrire la déficience fonctionnelle de l'enfant : _____
2. Date du début de la déficience fonctionnelle : _____
3. Veuillez décrire l'expérience de travail de l'enfant : _____ _____ _____ Veuillez décrire les limitations empêchant l'enfant d'occuper un emploi rémunéré : _____ _____
4. L'enfant est-il admissible à une aide gouvernementale en raison de sa déficience fonctionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si une demande a été présentée à cet égard, veuillez indiquer la décision (approbation ou refus) et nous fournir une copie de tous les documents soumis au gouvernement et reçus de celui-ci : _____

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

J'atteste que les déclarations faites sur le présent formulaire sont exactes et complètes. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels au verso du présent formulaire. Aux strictes fins de la gestion du dossier et du règlement de la présente demande de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie : a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, ou de compagnies d'assurance; b) à ne communiquer auxdites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier; c) à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par ma demande.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent :

Date :

VEUILLEZ FAIRE REMPLIR LE VERSO PAR LE MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT.



Confirmation de la déficience fonctionnelle d'un enfant à charge (09296F) (verso)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - À remplir par le médecin traitant.

1. Diagnostic clinique : Permanent Temporaire

2. Veuillez indiquer la nature et le degré de la déficience fonctionnelle physique ou mentale :

3. Date à laquelle le diagnostic a été posé : AAAA MM JJ

4. Dans quelle mesure sa déficience fonctionnelle physique ou mentale empêche-t-elle l'enfant d'exercer ses activités quotidiennes normales?

5. Quel type de travail l'enfant peut-il accomplir?

6. Précisez les périodes au cours desquelles l'enfant a été incapable de travailler ou de fréquenter l'école à temps plein en raison de sa déficience fonctionnelle :

AAAA MM JJ AAAA MM JJ AAAA MM JJ AAAA MM JJ

Période n° 1 : Du _____ Au _____ Période n° 2 : Du _____ Au _____

AAAA MM JJ AAAA MM JJ AAAA MM JJ AAAA MM JJ

Période n° 3 : Du _____ Au _____ Période n° 4 : Du _____ Au _____

7. Quel est votre pronostic relatif à la déficience fonctionnelle de l'enfant?

IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT - À remplir par le médecin traitant.

Nom et prénom du médecin traitant		N° de permis d'exercer	
N°, rue, bureau		Ville	Province
		Code postal	
N° de téléphone	N° de télécopieur	Adresse électronique	
() -	() -		
Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques.			
Signature du médecin traitant :		Date :	

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF 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 DSF qui en ont besoin pour leur travail. 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 Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2. DSF 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 DSF.

Demande de prestation – Déclaration de l'employeur (12123F)



200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G3W 6R2

DEMANDE DE PRESTATION
DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

- Décès
 Maladie grave
 Perte accidentelle de membres ou de la vue

Nous ne pourrions donner suite à cette demande de prestation que si une réponse satisfaisante est fournie à toutes les questions.

A. Information concernant l'employé

Nom	Prénom	Date de naissance AAAA-MM-JJ
-----	--------	---------------------------------

B. Identification de la personne visée par la demande de prestation (si autre que l'employé)

Nom	Prénom	Date de naissance AAAA-MM-JJ
-----	--------	---------------------------------

C. Identification de l'employeur

Nom de l'employeur		
Adresse - N°, rue		
Ville	Province	Code postal
N° de téléphone <i>(indiquer régional si n°)</i>	Poste	
N° de contrat/groupe N001	N° de compte/division	N° d'identification/attestation de l'assuré

D. Déclaration de l'employeur

1. Date d'entrée en service AAAA-MM-JJ	2. Date d'entrée en vigueur de la protection AAAA-MM-JJ	
3. S'agit-il d'un employé à temps partiel (plus de 25 % et moins de 75 % du temps)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquer le % par rapport au temps complet %	4. S'agit-il d'un employé à temps complet (plus de 75 % du temps)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. L'assuré était-il invalide avant l'événement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	6. Date du début de l'invalidité AAAA-MM-JJ	
7. Dernier jour de travail AAAA-MM-JJ	8. Salaire au début de l'invalidité	9. Salaire annuel à la date de l'événement
10. S'il s'agit d'une demande de prestation pour un décès, voulez-vous que le règlement soit transmis chez l'employeur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Remarques		

E. Déclaration

Je déclare que toutes les réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques.

Signature du représentant de l'employeur

Titre

Date

Demande de remboursement de médicaments de marque (12126F)



C. P. 3950
Lévis (Québec) G6V 8C6
Télec. : 418 838-2134
1 877 838-2134

ASSURANCE COLLECTIVE - RÉGLEMENTS D'ASSURANCE MALADE

VIE • SANTÉ • RETRAITE

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DE MÉDICAMENTS DE MARQUE**

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

- Tous frais engagés pour faire remplir le présent formulaire sont à la charge de l'adhérent.
- Le médicament de marque pour lequel vous demandez une exception est couvert jusqu'à concurrence du prix du médicament générique équivalent le moins cher disponible sur le marché. Si la présente demande est acceptée, ce médicament sera couvert au coût du médicament de marque.
- Veuillez remplir les sections A et B et demander à votre médecin de remplir les sections C et D. L'exception sera approuvée seulement si le médecin traitant fournit une raison médicale satisfaisante expliquant pourquoi le patient ne peut pas prendre le médicament générique équivalent le moins cher disponible sur le marché. Cette demande sera évaluée sur la base des renseignements médicaux fournis et pourra être examinée par notre médecin ou notre pharmacien.

A - IDENTIFICATION DU PATIENT - À remplir par l'adhérent.

Nom du preneur		N° de contrat	N° de certificat
Nom et prénom de l'adhérent		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ
Adresse - N°, rue, app.		Ville	Province Code postal
Nom et prénom du patient		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ
Relation avec l'adhérent		DIN (numéro d'identification du médicament)	

B - DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

J'atteste que les déclarations faites sur le présent formulaire sont exactes et complètes. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels au verso du présent formulaire. Aux strictes fins de la gestion du dossier et du règlement de la présente demande de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) : a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, ou de compagnies d'assurance; b) à ne communiquer aux dites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier; c) à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par ma demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent _____ Date _____
Signature de la personne à charge _____ Date : _____
assurée âgée de 16 ans ou plus :

C - DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT - À remplir par le médecin traitant.

1. Médicament prescrit (nom et dosage) : _____
2. Quel est le diagnostic dont le patient a fait l'objet? _____
3. Est-ce que le patient a essayé le médicament générique équivalent? Oui Non
4. Quelle est la raison médicale soutenant la demande? Contre-indication Effet indésirable Échec thérapeutique
 Autre : _____
5. Veuillez expliquer la raison médicale fournie à la question 4 et indiquer toute information supplémentaire pertinente à la présente demande : _____

D - IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT - À remplir par le médecin traitant.

Nom et prénom du médecin traitant (EN LETTRES MAJUSCULES) _____
Adresse - N°, rue, bureau _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
N° de téléphone : () - - N° de télécopieur : () - -
Signature du médecin traitant : _____ Date : _____

**Veuillez retourner par télécopieur au : 418 838-2134 ou 1 877 838-2134
ou par courrier à : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6**

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF 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 DSF qui en ont besoin pour leur travail.

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 Sécurité financière, compagnie d'assurance vie
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

DSF 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 DSF.

Demande d'adhésion ou de modifications (12216F)



C. P. 3000
L'Avs (Québec) G5V 9X8
desjardinsassurancesie.com

ASSURANCE COLLECTIVE - ADMINISTRATION DES CONTRATS

VIE • SANTÉ • RETRAITE

DEMANDE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATIONS

A - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom de l'employeur Non-syndiqué Autre CSN CSQ FTQ

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

N° de contrat **N001** N° de compte

B - IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENTE Veuillez cocher : Syndiquée Non-syndiquée

Nom de l'adhérente Prénom N° d'identification

Adresse - N°, rue, app.

Ville Province Code postal Sexe M F Date de naissance AAAA MM JJ Langue Français Anglais

Statut d'emploi Titulaire d'un poste permanent depuis le AAAA MM JJ Non-titulaire d'un poste permanent et effectuant un aménagement à long terme depuis le AAAA MM JJ

Date d'admissibilité de l'employée au régime d'assurance collective AAAA MM JJ Salaire annuel Catégorie d'employées Propriétaire salariée ou actionnaire salariée Autre personne salariée

Veuillez remplir les sections C et D. Veuillez remplir la section D.

C - CHOIX DE PROTECTION POUR LA PROPRIÉTAIRE SALARIÉE OU L'ACTIONNAIRE SALARIÉE

La garantie soins médicaux est obligatoire, veuillez indiquer le module et le type de protection désirés à la section D. Vous devez également choisir une des deux options suivantes :

Je désire adhérer aux garanties suivantes : soins dentaires (indiquer le type de protection désiré pour le module choisi à la section D), assurance vie, assurance salaire de courte durée et assurance salaire de longue durée.

Je ne désire pas adhérer aux garanties suivantes : soins dentaires, assurance vie, assurance salaire de courte durée et assurance salaire de longue durée.

D - CHOIX DE PROTECTIONS

MODULE CHOISI PAR L'ADHÉRENTE	SOINS MÉDICAUX PARTICIPATION OBLIGATOIRE		SOINS DENTAIRES PARTICIPATION OBLIGATOIRE	
	<input type="checkbox"/> MODULE A	<input type="checkbox"/> Exemption ¹ <input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale	NON DISPONIBLE
<input type="checkbox"/> MODULE B	<input type="checkbox"/> Exemption ¹ <input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Exemption ¹ <input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale
<input type="checkbox"/> MODULE C	<input type="checkbox"/> Exemption ¹ <input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Exemption ¹ <input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale

1. Vous avez le droit de vous exempter si vous êtes protégée par une assurance similaire. Veuillez fournir une preuve de votre couverture auprès d'un autre assureur.

E - GARANTIES FACULTATIVES

• ASSURANCE VIE ET ASSURANCE MUTILATION PAR ACCIDENT DES PERSONNES À CHARGE
Vous êtes admissible à ces garanties uniquement si vous détenez une protection monoparentale ou familiale pour l'assurance soins médicaux ou si vous en êtes exemptée.

Je désire adhérer : Non Oui → Si vous êtes exemptée de l'assurance soins médicaux, veuillez préciser la protection choisie pour ces garanties : Monoparentale Familiale

• ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENTE - Vous devez remplir le rapport d'assurabilité n° 20009. Nombre d'unités désiré :
Unités de 5 000 \$ Minimum : 5 unités Maximum : 40 unités

F - MODIFICATIONS Veuillez cocher de nouveau tous les types de protections désirés ainsi que toutes les garanties désirées.

Raison(s) - Naissance, mariage, décès, divorce, etc. : Date d'effet de l'événement : AAAA MM JJ

G - DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) Voir au verso l'information sur la désignation de bénéficiaire(s).

Nom, prénom	Lien avec l'adhérent	%	Date de naissance si mineur AAAA MM JJ	Veuillez cocher :
				<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
				<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

H - 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 vérifiés. 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 Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée 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 certification, de gestion optimale de la santé, de vérification et de règlement des prestations. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérente : Signature du responsable chez l'employeur : Date :

Veuillez transmettre l'original à Desjardins Assurances et remettre une copie à l'adhérente.

Demande d'adhésion ou de modifications (12216F) (verso)

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.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Pour la province de Québec : La désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est **IRRÉVOCABLE** à moins de stipulation contraire. La désignation de toute autre personne à titre de bénéficiaire est **RÉVOCABLE**, à moins de stipulation contraire.

Pour toutes les autres provinces : La présente désignation de bénéficiaire est **RÉVOCABLE** à moins de stipulation contraire.

RÉVOCABLE : signifie que la désignation du bénéficiaire peut être changée sans son consentement.

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

Demande de prestation pour un décès – Déclaration du médecin (14153F)



200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec), G6V 6R2

**DEMANDE DE PRESTATION
POUR UN DÉCÈS
Déclaration du médecin**

Les honoraires que le médecin pourrait exiger pour remplir ce formulaire sont à la charge du demandeur.

A. Information concernant la personne décédée

Nom	Prénom	Date de naissance AAAA-MM-JJ
-----	--------	---------------------------------

B. Déclaration du médecin

Date du décès AAAA-MM-JJ	Lieu du décès
-----------------------------	---------------

Résidence au décès - N°, rue	Ville	Province	Code postal
------------------------------	-------	----------	-------------

Si la personne est décédée dans un hôpital ou une autre institution, veuillez en indiquer le nom :

Âge au décès : _____ OU Date de naissance : AAAA-MM-JJ

1. Maladie ou état morbide ayant directement provoqué le décès (il ne s'agit pas ici du mode de décès, ex. défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie, de la lésion ou de la complication qui a entraîné le décès) :	Intervalle entre le début étiologique et le décès
2. Causes antécédentes (ayant, le cas échéant, conduit à l'état précité) provoquées par ou consécutives à :	
a)	
b)	
3. a) Autres états morbides importants (ayant contribué au décès mais sans rapport avec la maladie ou l'état morbide qui l'a provoqué) :	

b) Y a-t-il un lien entre le décès et le syndrome d'immunodéficience acquise? Oui Non

4. Date des premiers soins pour la dernière maladie AAAA-MM-JJ	5. Date des derniers soins pour la dernière maladie AAAA-MM-JJ	6. Date du diagnostic AAAA-MM-JJ	7. Quand la personne décédée a-t-elle été informée pour la 1 ^{re} fois de cette maladie? AAAA-MM-JJ
---	---	-------------------------------------	---

8. Le décès est-il dû à un : accident suicide homicide. Veuillez décrire brièvement :

9. Y a-t-il eu enquête? Oui Non. Si oui, veuillez indiquer par qui et donner les constatations :

10. Y a-t-il eu autopsie? Oui Non. Si oui, veuillez indiquer par qui et donner les constatations :

11. Avez-vous traité la personne décédée ou vous a-t-elle consulté au cours des 5 dernières années précédant la dernière maladie? Oui Non

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nature de la maladie ou lésion	Hôpital ou institution	Adresse	Date
			AAAA-MM-JJ
			AAAA-MM-JJ

12. À votre connaissance, au cours des 5 dernières années de sa vie, la personne décédée a-t-elle été traitée par d'autres médecins ou soignée dans un hôpital ou une autre institution? Oui Non

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nature de la maladie ou lésion	Médecin, hôpital ou institution	Adresse	Date
			AAAA-MM-JJ
			AAAA-MM-JJ

13. La personne décédée a-t-elle déjà fait usage de tabac sous une forme quelconque? Oui Non

14. Quand avait-elle commencé à fumer?

15. Quand avait-elle cessé de fumer?

16. Indiquez les périodes d'interruption :

C. Identification du médecin

Nom, prénom : _____	N° de téléphone : _____ (NO. REGIONAL +91)
N° de permis d'exercer : _____	N° de télécopieur : _____ (NO. REGIONAL +91)
Omnipraticien <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Précisez : _____	
Signature : _____	Date : _____

Demande de remboursement des soins et services hospitaliers et médicaux pour les résidents du Québec seulement (assurance voyage) (15638)

ASSURANCE VOYAGE



Desjardins
Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Nom de famille et prénom de l'assuré

Numéro de dossier

Marche à suivre – Important

Afin que nous puissions donner suite à votre demande, vous devez remplir toutes les sections au recto et au verso du présent formulaire. Vous devez également signer les sections **Mandat** et **Signature, déclaration et autorisations** ci-dessous pour nous permettre de soumettre, au nom de la personne assurée, à la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie), toute demande de prestations payable par cet organisme.

Note : La Régie ne retourne pas les originaux des comptes, factures ou reçus. Veuillez en conserver une copie.

Expédier à : Prestations Assurance voyage, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2

Mandat

Je, soussigné(e), _____, mandate spécifiquement _____ (en lettres moulées)

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie située au 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2 aux fins de :

1. Soumettre à la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie), conformément aux lois et aux règlements appliqués par la Régie, mes réclamations pour les services médicaux et hospitaliers assurés que j'ai reçus et que mon conjoint et mes enfants ont reçus (assurance familiale)

à _____ (ville, pays) lors de mon séjour du _____ (date) au _____ (date)

Assurance familiale : Pour les fins de l'assurance familiale, ce mandat se limite, outre moi-même, à mon conjoint et mes enfants seulement, si identifiés :

Conjoint : _____ NAM : _____

Enfant : _____ NAM : _____

Enfant : _____ NAM : _____

2. Fournir à la Régie et recevoir de celle-ci tous les renseignements, documents ou autres pièces requis et nécessaires pour l'appréciation, l'évaluation et le paiement de ces réclamations.

3. Recevoir de la Régie les remboursements effectués et payables à mon ordre ou à l'ordre de mon conjoint ou de mes enfants (assurance familiale).

J'autorise la Régie à accepter les réclamations ainsi soumises et à donner suite à ce mandat, tel qu'il est rédigé, ainsi qu'à transmettre à la compagnie, sur demande, tout renseignement concernant mon statut de la personne assurée ou celui de mon conjoint ou de mes enfants.

X

Signature de la personne assurée

Date

Signature, déclaration et autorisations

• Je déclare par la présente sachant que cette déclaration a la même valeur que si elle était faite sous serment et en vertu de la Loi sur la preuve au Canada que les renseignements ci-dessus sont exacts et j'autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie) à obtenir du professionnel de la santé ou de l'établissement tous les détails supplémentaires dont elle pourrait avoir besoin. Si ces renseignements ne sont pas donnés gratuitement, j'accepte qu'ils soient obtenus à mes frais.

• En outre, dans le but de simplifier le traitement de ma demande s'il s'agit d'une réclamation à la suite d'un accident d'automobile ou de travail, j'autorise la Régie à communiquer à la SAAQ et/ou à la CSST une copie des documents que je lui aurai transmis ou qu'elle m'aura transmis.

• Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) ou ses réassureurs :

a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIB, Inc., de compagnies d'assurance ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs;

b) à ne communiquer qu'à ces personnes physiques ou morales ou à ces organismes publics ou parapublics que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet de mon dossier;

c) à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli;

d) à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier;

e) à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement à mon sujet qui sont pertinents aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance ou à des garanties;

f) à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels sur ma santé au MIB, Inc. y compris ceux sur ma santé.

La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par ma demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Nom du signataire du formulaire s'il n'est pas le bénéficiaire _____

Lien avec le bénéficiaire (père, mère, conjoint, tuteur, etc.) _____

X

Signature de la personne assurée

Date

Demande de remboursement des soins et services hospitaliers et médicaux pour les résidents du Québec seulement (assurance voyage) (15638) (verso)

ASSURANCE VOYAGE

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

--

N'ÉCRIVEZ RIEN DANS CETTE CASE

Identité du bénéficiaire – Le bénéficiaire est la personne qui a reçu les soins.

Numéro d'assurance maladie	Nom de famille	Nom de famille (inscrit sur la carte d'assurance maladie)		
	Prénom	Date de naissance Année Mois Jour		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<small>Lettres</small>	<small>Chiffres</small>			
1 Adresse du domicile au Québec <small>Numéro Rue App. Ville</small>				
Province	Code postal	Téléphone au domicile <small>Ind. rég.</small>	Téléphone au travail <small>Ind. rég.</small>	
2 Adresse de correspondance ou de paiement, si différente de l'adresse 1 <small>Numéro Rue App. Ville</small>				
Province ou état et pays	Code postal	Téléphone au domicile <small>Ind. rég.</small>	Téléphone au travail <small>Ind. rég.</small>	
Où désirez-vous recevoir votre remboursement? <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2				
Où peut-on envoyer des demandes de renseignements? <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2				

Séjours à l'extérieur du Québec

Séjour au cours duquel vous avez reçu les services de santé			
Date de départ du Québec Année Mois Jour		Date de retour au Québec <input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Prévue Année Mois Jour	
Raison du séjour (cochez une seule case)			
<input type="checkbox"/> Vacances ou séjour saisonnier			
<input type="checkbox"/> Travail Nom de l'employeur : _____			
<input type="checkbox"/> Études Joignez, si vous ne l'avez pas déjà fait, une attestation écrite de l'établissement d'enseignement fréquenté, précisant les dates de début et de fin de vos cours.			
<input type="checkbox"/> Réception de soins qui ne se donnent pas au Québec Numéro d'autorisation de la Régie : _____			
<input type="checkbox"/> Déménagement permanent		<input type="checkbox"/> Au Canada	Date du déménagement Année Mois Jour
		<input type="checkbox"/> À l'extérieur du Canada	
<input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____			
Si vous avez fait d'autres séjours de plus de 21 jours consécutifs au cours de l'année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre), précisez :			
1^{er} séjour			
Date de départ Année Mois Jour		Date de retour Année Mois Jour	
2^e séjour			
Date de départ Année Mois Jour		Date de retour Année Mois Jour	
3^e séjour			
Date de départ Année Mois Jour		Date de retour Année Mois Jour	

Services de santé reçus à l'extérieur du Québec

Indiquez la raison pour laquelle vous avez reçu ces services de santé.

S'il s'agit d'un accident, indiquez-en le type
 D'automobile De travail Autre (précisez) : _____

Date de l'accident Année Mois Jour

Décrivez les services reçus (ex. : examens, radiographies, chirurgie, etc.). Si l'espace est insuffisant, continuez sur une autre feuille.

Lieu où vous avez reçu ces services

Ville _____ Province (Canada) ou État (États-Unis) _____ Pays _____

Si'il y a lieu, indiquez le nombre de jours d'hospitalisation

Remboursement

Montant demandé	<input type="checkbox"/> Dollars canadiens <input type="checkbox"/> Autre devise Précisez : _____	Les factures ont-elles été payées par vous?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Paiement Total <input type="checkbox"/> Paiement Partiel Montant payé _____ (fournir l'original de vos reçus)
------------------------	--	--	--

Coordination des prestations (2^e assureur)

Est-ce que vous ou votre conjoint êtes assuré en vertu d'un autre contrat d'assurance qui comporte des garanties relatives aux frais de voyage?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le nom de la compagnie et le numéro de la police : _____

Veuillez indiquer si le chèque doit être libellé à votre nom ou à celui du fournisseur.

Réclamation pour soins dentaires (19110)



VIE • SANTÉ • RETRAITE

C. P. 3950
Lévis (Québec) G6V 8C6

ASSURANCE COLLECTIVE - RÉGLEMENTS D'ASSURANCE MALADIE

RÉCLAMATION POUR SOINS DENTAIRES

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DENTISTE

Nom et prénom		Numéro de membre		Numéro de téléphone	
N°, rue, bureau		Ville		Code postal	

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA RÉCLAMATION

IMPORTANT : S'il s'agit de soins dentaires accidentels, d'une couronne, facette, inrustation ou de prothèse, veuillez vous référer au verso. Dans le cas d'un traitement qui exige plusieurs séances, la date du traitement doit être la date de fin du traitement ou la date de mise en bouche.

Nom et prénom du patient		Date de naissance AAAA MM JJ		Lien de parenté avec l'adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils	
--------------------------	--	---------------------------------	--	---	--

Date du traitement AA MM JJ	N° de dent	Code du procédé	Surface des dents	Frais de laboratoire	Honoraires du dentiste	Total des frais demandés	Diagnostic - À l'usage du dentiste seulement : CECI CONSTITUE UNE DÉCLARATION EXACTE DES SERVICES RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS. Signature du dentiste : _____ Date : _____	

Total des honoraires demandés : _____

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

À remplir par l'adhérent. Afin d'accélérer le règlement de votre réclamation, veuillez répondre à toutes les questions.

Nom du groupe ou du preneur ou de l'employeur		N° de police ou de groupe ou de contrat		N° de certificat	
MINISTÈRE DE LA FAMILLE		N001			
Nom et prénom de l'adhérent		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance AAAA MM JJ	
N°, rue, appartement		Ville		Code postal	

Remplir seulement si vous réclamez des frais engagés pour vos enfants à charge de 18 ou 21 ans ou plus (selon la police). Ne pas oublier de fournir les informations en relation avec la période où les frais sont engagés pour votre enfant. Si votre enfant est atteint d'une déficience fonctionnelle, veuillez nous fournir un rapport médical attestant son incapacité.

Étudiant à temps plein ou atteint d'une déficience fonctionnelle : Dél. fonct. d'une déficience fonctionnelle : Étudiant à t. plein : Du _____ Au _____

AAAA MM JJ AAAA MM JJ Nom de l'établissement scolaire _____

COORDINATION DES PRESTATIONS

À remplir par l'adhérent.

Nom et prénom du détenteur de l'autre protection d'assurance		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance AAAA MM JJ	
Nom de l'assureur <input type="checkbox"/> Desjardins* <input type="checkbox"/> Autre Assurances		Période de couverture Du _____ Au _____ AAAA MM JJ AAAA MM JJ		Si l'autre assurance est détenue auprès de Desjardins Assurances* : N° de contrat : _____ N° de certificat : _____	
Type de protection : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale		Nom et prénom des personnes à charge couvertes par cette autre protection d'assurance : _____			

* Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF).

COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ

Si vous avez cette garantie, cochez l'option que vous désirez.

J'atteste que les frais indiqués me donnent droit à un remboursement en vertu de mon compte de dépenses de frais de santé. Je reconnais que je suis responsable du paiement de tout impôt pouvant résulter du remboursement de ces frais et, qu'à des fins fiscales ou administratives, l'administrateur de mon régime peut avoir accès à un relevé des frais pour lesquels j'ai demandé un remboursement en vertu de mon compte de dépenses de frais de santé.

Je ne désire pas utiliser mon compte de dépenses de frais de santé. Partie des frais non admissibles - Je désire utiliser mon compte de dépenses de frais de santé pour la partie des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance collective. Couverture familiale du conjoint - Je désire utiliser mon compte de dépenses de frais de santé pour moi et mes enfants à charge pour la portion des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance de base. Je ne soumettrai pas une réclamation à l'assureur de mon conjoint (coordination des prestations).

VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO DU FORMULAIRE.

19110 (16-01)

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

Réclamation pour soins dentaires (19110) (verso)

ADHÉSION AU SERVICE DE DÉPÔT DIRECT

En optant pour le dépôt direct, vous obtiendrez vos remboursements plus rapidement, directement dans votre compte bancaire, et vous serez informé par courriel une fois le traitement de vos réclamations terminé. Vos bordereaux explicatifs seront déposés en ligne au lieu de vous être envoyés par la poste.

Pour vous y inscrire, veuillez joindre un chèque portant la mention

« ANNULÉ » à la présente réclamation et inscrire votre adresse courriel (obligatoire) :

Pour obtenir plus de détails sur ce service, pour consulter vos bordereaux explicatifs ou encore pour apporter des modifications à vos renseignements personnels, connectez-vous à votre site sécurisé à l'adresse desjardinsassurancevie.com/adherent.

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. 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.

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

Je comprends que je suis responsable du coût total du traitement. J'atteste que les déclarations faites sur le présent formulaire sont exactes et complètes. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels. Aux strictes fins de la gestion du dossier et du règlement de la présente réclamation, j'autorise Desjardins Assurances :

- à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que la liste ne soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé ou des compagnies d'assurance;
- à ne communiquer auxdites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier;
- à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détiendrait déjà et dont l'objet est accompli.

Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par ma demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent

Date

N° de téléphone : Résidence :

-

Travail :

-

Poste :

SOINS DENTAIRES NÉCESSAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

À REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

AAAA MM JJ

Date de l'accident :

Lieu de l'accident :

Comment l'accident est-il survenu?

S'il s'agit d'un accident de travail ou d'un accident de véhicule motorisé, la demande doit d'abord être soumise à votre régime provincial d'assurance automobile (si applicable dans votre province) ou de santé et sécurité au travail avant d'être transmise à votre assureur.

À REMPLIR PAR LE DENTISTE

Les dents étaient-elles saines et naturelles avant l'accident?

Oui
 Non

Diagnostic et description clinique des dents avant l'accident :

Les radiographies préopératoires sont requises pour l'étude des soins dentaires accidentels. Elles seront retournées au dentiste traitant dès que possible.

RÉCLAMATION POUR UNE COURONNE, UNE FACETTE, UNE INCRUSTATION, UN PONT FIXE OU UNE PROTHÈSE

- S'il s'agit d'une couronne, d'une facette ou d'une incrustation : veuillez soumettre des radiographies préalables au traitement. S'il s'agit d'un remplacement, veuillez indiquer l'âge de l'appareil existant.
- S'il s'agit d'un pont fixe : veuillez soumettre des radiographies préalables au traitement montrant clairement les deux côtés de l'arche impliquée. S'il s'agit d'un remplacement, veuillez indiquer l'âge et le type de prothèse existante. S'il s'agit d'un pont initial, veuillez indiquer la date de l'extraction de la dent manquante.
- S'il s'agit d'une prothèse : s'il s'agit d'un remplacement, veuillez indiquer l'âge et le type de prothèse existante. S'il s'agit d'une prothèse initiale, veuillez indiquer la date de l'extraction de la dent manquante.

Veuillez inclure une copie de la facture relative aux frais du laboratoire avec votre réclamation.

Veuillez retourner à : Desjardins Assurances, C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6

Déclaration d'enfants à charge de 18 à 25 ans ou 21 à 25 ans inclus (selon les clauses du contrat)
étudiants à temps plein (19131)



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

C.P. 3950
Lévis (Québec) G6V 8C6

**DÉCLARATION D'ENFANTS À CHARGE DE 18 à 25 ANS
OU DE 21 À 25 ANS INCLUS (SELON LES CLAUSES DU CONTRAT)
ÉTUDIANTS À TEMPS PLEIN**

SESSION _____ **débutant en** _____

Définition d'enfant à charge aux fins du régime d'assurances :

Enfant à charge : personne admissible qui réside au Canada et qui :

- a moins de 18 ou 21 ans (selon le contrat) et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'elle ait atteint l'âge de la majorité;
- n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins et fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.

Nom	Prénom	Date de naissance	Nom de l'établissement scolaire fréquenté	Étudiant à temps plein
		AAAA MM JJ		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AAAA MM JJ Du Au
		AAAA MM JJ		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AAAA MM JJ Du Au
		AAAA MM JJ		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AAAA MM JJ Du Au

Nom et prénom de l'adhérent : _____

N° de police ou groupe ou contrat : _____ N001 _____

N° de certificat : _____

Nom du groupe ou du preneur ou de l'employeur : _____

Signature de l'adhérent

Date

Retournez à : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie
C.P. 3950
Lévis (Québec) G6V 8C6

Ce formulaire doit être retourné à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, au cours du mois précédant le début de chaque session.

Réclamation d'assurance maladie (19132)



C. P. 3950
Lévis (Québec) G6V 8C6

ASSURANCE COLLECTIVE - RÉGIMENTS D'ASSURANCE MALADIE

RÉCLAMATION D'ASSURANCE MALADIE

Votre demande traitée en 2 jours ouvrables?

- ✓ Services en ligne et mobile
 - ✓ Dépôt direct
- Visitez desjardinsassurancevie.com/adherent pour en savoir plus.

AFIN QUE VOTRE RÉCLAMATION SOIT TRAITÉE, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS QUI S'APPLIQUENT À VOTRE SITUATION ET SIGNEZ LA SECTION I.

A - IDENTIFICATION - SECTION OBLIGATOIRE

Informations disponibles sur votre carte de paiement ou votre attestation d'assurance.

N° de police ou groupe ou contrat	N° de certificat	Nom du groupe ou du preneur ou de l'employeur	
Nom et prénom de l'adhérent		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ
Adresse - N°, rue, appartement		Ville	Province Code postal

B - ADHÉSION AU SERVICE DE DÉPÔT DIRECT

Joignez un spécimen de chèque ou inscrivez vos informations bancaires pour être inscrit au dépôt direct.

N° de succursale/transit	N° d'institution	N° de compte
--------------------------	------------------	--------------

Votre adresse courriel (obligatoire)



Une fois inscrit, vos remboursements d'assurance soins de santé seront déposés dans ce compte bancaire. Vous recevrez des notifications par courriel pour vous informer du traitement de vos réclamations et vos bordereaux explicatifs seront déposés en ligne au lieu de vous être envoyés par la poste. L'inscription au site sécurisé est obligatoire pour consulter les bordereaux. Pour vous inscrire, visitez desjardinsassurancevie.com/adherent.

Il est de votre responsabilité de vous assurer que les coordonnées bancaires que vous inscrivez sont exactes et de vérifier que les sommes dues y sont bien déposées. Desjardins Assurances n'assume aucune responsabilité à cet égard.

C - COORDINATION DES PRESTATIONS

Si vous êtes couvert par plus d'un régime d'assurance, la coordination des prestations peut vous faire profiter d'un remboursement pouvant aller jusqu'à 100 % de vos frais admissibles.

COMMENT SOUMETTRE UNE RÉCLAMATION LORSQU'IL Y A DEUX ASSUREURS :

- Le détenteur de la police doit d'abord faire parvenir la réclamation à son assureur. Par la suite, il doit fournir à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), ci-après nommée Desjardins Assurances, le détail des remboursements (bordereau explicatif) ainsi que les copies des reçus.
- Dans le cas des enfants à charge, les réclamations doivent être d'abord présentées à l'assureur du parent dont l'anniversaire de naissance est le plus tôt dans l'année civile.

Nom et prénom du détenteur de l'autre protection d'assurance		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ
Nom de l'assureur <input type="checkbox"/> Desjardins Assurances <input type="checkbox"/> Autre	Période de couverture Du AAAA MM JJ Au AAAA MM JJ	Si l'autre assurance est détenue auprès de Desjardins Assurances : N° de contrat : N° de certificat :	
Type(s) de couverture détenue :	<input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Soins dentaires <input type="checkbox"/> Soins médicaux et paramédicaux <input type="checkbox"/> Soins visuels <input type="checkbox"/> Voyage		
Type de protection :	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale		
Nom et prénom des personnes à charge couvertes par cette autre protection d'assurance			

D - COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ

Si vous avez cette garantie, cochez l'option que vous désirez.

J'atteste que les frais indiqués me donnent droit à un remboursement en vertu de mon compte de dépenses de frais de santé.

Je reconnais que je suis responsable du paiement de tout impôt pouvant résulter du remboursement de ces frais et, qu'à des fins fiscales ou administratives, l'administrateur de mon régime peut avoir accès à un relevé des frais pour lesquels j'ai demandé un remboursement en vertu de mon compte de dépenses de frais de santé.

- Je ne désire pas utiliser mon compte de dépenses de frais de santé.
- Partie des frais non admissibles** - Je désire utiliser mon compte de dépenses de frais de santé pour la partie des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance collective.
- Couverture familiale du conjoint** - Je désire utiliser mon compte de dépenses de frais de santé pour moi et mes enfants à charge pour la portion des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance de base. Je ne soumettrai pas une réclamation à l'assureur de mon conjoint (coordination des prestations).

Réclamation d'assurance maladie (19132) (suite)

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

- Joignez les originaux de vos factures à la présente et conservez des copies pour vos dossiers. Ces originaux ne vous seront pas retournés. Votre bordereau explicatif et les copies de vos factures seront suffisants aux fins de l'impôt sur le revenu et de la coordination des prestations.
- IL EST IMPORTANT que la réclamation n'excède pas douze mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

E - RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX PERSONNES À CHARGE

Pour la période au cours de laquelle les frais ont été engagés.

Je confirme que les personnes désignées ci-après répondent aux définitions de conjoint et enfant à charge du contrat auquel cette réclamation s'applique.
Utilisez une seule ligne par personne.

ENFANTS ÂGÉS DE 18 OU 21 ANS OU PLUS (selon la police)

Si votre enfant est atteint d'une déficience fonctionnelle, veuillez nous fournir un rapport médical attestant son incapacité.

Nom de famille et prénom	Relation	Sexe	Date de naissance	Étudiant à temps plein ou atteint d'une déficience fonctionnelle	Nom de l'établissement scolaire
	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Étudiant à t. plein AAAA MM JJ Du _____ Au _____ <input type="checkbox"/> Déf. fonct. AAAA MM JJ	
	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Étudiant à t. plein AAAA MM JJ Du _____ Au _____ <input type="checkbox"/> Déf. fonct. AAAA MM JJ	
	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Étudiant à t. plein AAAA MM JJ Du _____ Au _____ <input type="checkbox"/> Déf. fonct. AAAA MM JJ	

Dans le cas d'un changement de conjoint, veuillez préciser :

Date du début de la cohabitation : AAAA MM JJ OU Date du mariage : AAAA MM JJ Est-ce qu'un enfant est né de cette union? Non Oui → Date de naissance : AAAA MM JJ

F - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA RÉCLAMATION

La réclamation est-elle le résultat :

- d'un accident du travail? Oui Non
- d'un accident de véhicule motorisé? Oui Non

Si oui :
• Veuillez noter que vous devez d'abord faire parvenir la réclamation à votre régime provincial d'accidents du travail ou d'assurance automobile (si applicable dans votre province) avant de la soumettre à votre assureur. AAAA MM JJ

• Nom de la personne accidentée :

Date de l'accident :

G - FRAIS ENGAGÉS À L'EXTÉRIEUR DE VOTRE PROVINCE DE RÉSIDENCE

Veuillez joindre le reçu original et détaillé de tous les frais engagés à l'extérieur de votre province.

Durée du séjour : Du : AAAA MM JJ Au : AAAA MM JJ Destination : _____ Montant demandé : _____ \$

Raison du séjour : Loisirs Travail Recevoir des soins (veuillez vous assurer que ce type de séjour est couvert par votre police)

Attention - Ceci n'est pas un formulaire d'assurance voyage. Visitez desjardinsassurancevie.com/reclamation-voyage pour obtenir le bon formulaire.

H - 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.

I - DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

J'atteste que les déclarations faites sur le présent formulaire sont exactes et complètes. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels. Aux strictes fins de la gestion du dossier et du règlement de la présente réclamation, j'autorise Desjardins Assurances :

- à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que la liste ne soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé ou des compagnies d'assurance;
- à ne communiquer auxdites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier;
- à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détiendrait déjà et dont l'objet est accompli.

Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par ma demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent

Date

N° de téléphone : Résidence : () -

Travail : () -

Poste :



Veuillez retourner à : Desjardins Assurances, C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6

Demande de désignation ou changement de bénéficiaire(s) ou de fiduciaire (2007)



C. P. 3000
Lévis (Québec) G6V 8X8
www.desjardinsassurancesvie.com

ASSURANCE COLLECTIVE - ADMINISTRATION DES CONTRATS

DEMANDE DE DÉSIGNATION OU DE CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE(S) OU DE FIDUCIAIRE

A - IDENTIFICATION – Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom de l'employeur ou du preneur	N° de contrat	N° de compte	N° d'identification ou de certificat
Nom de l'adhérent	Prénom		

B - RÉVOCATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) IRRÉVOCABLE(S)

Remplir cette section uniquement si la désignation de bénéficiaire(s) était IRRÉVOCABLE.

- Le consentement du bénéficiaire révoqué est essentiel s'il était désigné de façon IRRÉVOCABLE.
- Le nouveau bénéficiaire ne peut signer comme témoin.
- Le bénéficiaire ne peut consentir au changement s'il est mineur.
- Si le bénéficiaire révoqué est décédé, joindre un certificat de décès.

Je soussigné révoque par la présente la désignation de :
Nom et prénom du(des) bénéficiaire(s) révoqué(s) : _____
comme bénéficiaire(s) actuel(s) et lui(leur) substitue le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) à la section C ci-dessous, conformément aux dispositions du contrat.

Je consens à ce que ma désignation comme bénéficiaire de l'assurance soit révoquée.

Signature du(des) bénéficiaire(s) révoqué(s) Signature du témoin du(des) bénéficiaire(s) Date

C - DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Pour la province de Québec : La désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est IRRÉVOCABLE à moins de stipulation contraire. La désignation de toute autre personne à titre de bénéficiaire est RÉVOCABLE à moins de stipulation contraire.

Pour toutes les autres provinces : La présente désignation de bénéficiaire(s) est RÉVOCABLE à moins de stipulation contraire.

RÉVOCABLE : signifie que la désignation du bénéficiaire peut être changée sans son consentement.
IRRÉVOCABLE : signifie que la désignation du bénéficiaire NE PEUT être changée sans son consentement écrit. La désignation IRRÉVOCABLE d'une personne mineure ne pourra être changée avant sa majorité.

Nom et prénom du(des) bénéficiaire(s)	Lien avec l'adhérent	Date de naissance si mineur AAAA MM JJ	%	Veuillez cocher :	
				<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable
				<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable
				<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable

D - DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DE FIDUCIAIRE – Ne s'applique pas au Québec

Pour la province de Québec : les dispositions du Code civil s'appliquent et vous NE DEVEZ PAS remplir cette section.
Pour toutes les autres provinces : remplir cette section uniquement si vous avez désigné un bénéficiaire mineur.

Le fiduciaire désigné ci-dessous recevra pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. La réception de tels montants par le fiduciaire constitue une quittance pour Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. Cette 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 _____ Lien avec l'adhérent _____
Adresse du fiduciaire _____
N° de rue, app. _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

E - SIGNATURE

Signature de l'adhérent	Date
-------------------------	------

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation de bénéficiaire(s) ou de fiduciaire.

Veuillez transmettre l'original à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie et conserver une copie pour vos dossiers.

Rapport d'assurabilité (2009)



C. P. 3000
Lévis (Québec G6V 9W6)

RAPPORT D'ASSURABILITÉ
Toujours brocher une copie de la demande d'assurance ou d'adhésion lorsque vous soumettez un rapport d'assurabilité

ASSURANCE COLLECTIVE

N° contrat ou groupe
N° compte ou division

Prénom, nom et adresse de l'adhérent		Nom et adresse de l'employeur	
Code postal		Code postal	
Lieu de naissance (province, état, pays)	N° de certificat	Profession	Numéros de téléphone
Travaillez-vous actuellement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, nombre d'heures par semaine - Si non, indiquez pourquoi	
Adhèrent	Prénom	Nom	Sexe
Conjoint			
Enfants			

QUESTIONNAIRE (à remplir dans tous les cas)

	Adhèrent		Conjoint	
	Oui	Non	Oui	Non
1. Au cours des 10 dernières années, avez-vous eu une demande d'assurance refusée, modifiée ou acceptée avec une exclusion ou une surprime?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait l'objet d'une suspension ou d'un retrait de permis de conduire? Si oui, indiquez les dates, la raison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé ou prenez-vous des médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Prévoyez-vous consulter un médecin ou un autre professionnel de la santé ou subir une opération?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous déjà souffert d'une infirmité, d'une malformation ou d'une autre maladie physique, nerveuse ou mentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous déjà subi un électrocardiogramme, une radiographie, une mammographie, une colonoscopie, des analyses de sang ou d'autres examens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous déjà subi ou été avisé que vous devez subir des analyses de laboratoire afin de détecter la présence du virus du SIDA ou d'anticoécps au virus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vous a-t-on déjà recommandé une diète, des médicaments, un traitement ou une opération?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous déjà été traité dans un hôpital, une clinique ou un centre de réadaptation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous déjà demandé ou reçu des prestations d'invalidité ou été absent du travail pendant plus de 10 jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'un accident?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Avez-vous déjà été traité pour alcoolisme ou toxicomanie ou vous a-t-on déjà recommandé de diminuer votre consommation d'alcool ou de drogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Avez-vous déjà obtenu des résultats de tests diagnostiques présentant des anomalies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Avez-vous déjà ressenti des symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un professionnel de la santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Avez-vous déjà consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour tout trouble physique ou mental non mentionné ci-dessus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Y a-t-il un des enfants à assurer qui souffre ou a déjà souffert de troubles cardiaques, pulmonaires, neurologiques ou mentaux, d'un cancer ou du diabète, ou encore pour lequel une demande d'assurance a déjà été refusée, acceptée avec surprime, modifiée ou ajournée?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Si les protections demandées concernent les enfants à charge, veuillez également répondre à la question 15.

17. Quelle est votre consommation hebdomadaire de	Adhèrent	tabac	boissons alcooliques	Conjoint	tabac	boissons alcooliques	narcotiques ou drogues
---	----------	-------	----------------------	----------	-------	----------------------	------------------------

EXPLIQUEZ LES RÉPONSES « OUI »

Question n°	Prénoms	Maladies - opérations - accidents - consultations examens - traitements - nom des médicaments - résultats	Date	Durée		Nom et adresse des médecins - hôpitaux
				Maladie	Hosp.	

Utilisez une feuille supplémentaire au besoin.

2009 (15-09)

VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO



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

Rapport d'assurabilité (2009) (verso)

18. Y a-t-il dans votre famille (père, mère, frères, sœurs) des antécédents de maladie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de cholestérol élevé, d'hypertension, de diabète, de maladie des reins, de sclérose en plaques, de chémo d'Huntington, de polype du colon, de cancer, d'Alzheimer, de Parkinson, de dystrophie musculaire, de maladie des neurones-moteurs ou d'autres maladies héréditaires? Oui Non Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous. Pour cancer, précisez la localisation.

Cochez le membre de la famille					Maladie(s) (si cancer, type)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès
Père	Mère	Frère	Sœur					
Adhérent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des différents services financiers (assurances, rentes, crédit, etc.) qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de DSF qui en ont besoin pour leur travail. Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexactes, incomplets, ambigus ou nulles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante: Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, 200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 8P2. DSF peut utiliser la liste de ses clients pour les informer de ses promotions ou leur offrir un nouveau produit. DSF 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 de telles offres, 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 DSF. DSF fait appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour accomplir certains mandats particuliers dans le cours normal de ses affaires. Il est possible que certains renseignements personnels vous concernant soient ainsi transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays. Il est possible d'obtenir de l'information concernant les politiques et pratiques de DSF en matière de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en visitant le site Web de DSF, à l'adresse: www.desjardinsassurancevie.com, ou en transmettant une demande à cette fin au Responsable de la protection des renseignements personnels de DSF, à l'adresse indiquée précédemment. Le Responsable de la protection des renseignements personnels de DSF pourra également répondre à vos questions concernant le transfert de renseignements personnels à des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada.

AVIS RELATIF AU MIB, INC.

Les renseignements relatifs à l'assurabilité de la personne à assurer seront traités en toute confidentialité par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), ses réassureurs ainsi que le MIB, Inc. Cet organisme sans but lucratif formé de compagnies d'assurance permet l'échange de renseignements entre ses membres. Si vous présentez une demande d'assurance de personnes ou si vous faites une demande de prestations pour un assuré après d'une autre compagnie membre du MIB, Inc., ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur cette personne. Le MIB, Inc. reçoit des renseignements personnels dont la collecte, l'utilisation et la divulgation sont régies par la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE) et les lois provinciales. Par conséquent, le MIB, Inc. consent à protéger ces renseignements d'une manière qui s'aligne strictement sur les pratiques de DSF en matière de respect de la vie privée et de protection des renseignements personnels et qui se conforme aux lois applicables. Ayant son siège social aux États-Unis, le MIB, Inc. est aussi lié par les lois des États-Unis en matière de divulgation des renseignements personnels. Si vous avez des questions sur l'engagement du MIB, Inc. à assurer la confidentialité des renseignements personnels d'un assuré, vous pouvez joindre son Service de protection de la vie privée à l'adresse privacy@mib.com. À la réception d'une demande d'un assuré, le MIB, Inc. lui communiquera tous les renseignements contenus dans son dossier. Tout assuré peut communiquer avec le MIB, Inc. en composant le 416 597-0590. Si un assuré remet en question l'exactitude de ces renseignements, il pourra demander leur correction conformément aux procédures figurant sur le site du MIB, Inc., à l'adresse www.mib.com (en anglais seulement). Tout assuré peut aussi écrire au bureau des renseignements du MIB, Inc. au 350 University Avenue, Suite 501, Toronto, Ontario, M5G 1R7. Par ailleurs, DSF ou ses réassureurs peuvent également transmettre des renseignements tirés de leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance de personnes auxquelles une personne aurait demandé une assurance de personnes ou présenté une demande de prestations. Les consommateurs pourront obtenir des renseignements supplémentaires sur le MIB, Inc. en visitant le site www.mib.com.

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

Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) ou ses réassureurs : a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIB, Inc., de compagnies d'assurance ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du presteur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs, b) à ne communiquer qu'à ces personnes physiques ou morales ou à ces organismes publics ou parapublics que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet de mon dossier, c) à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli, d) à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier, e) à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement à mon sujet qui sont pertinents aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance ou à des garanties, f) à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels au MIB, Inc. y compris ceux sur ma santé. La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par ma demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original. Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques et j'accepte qu'elles fassent partie intégrante de ma demande d'assurance. Je reconnais avoir pris connaissance de l'avis relatif à la gestion des renseignements personnels ainsi que de l'avis relatif au MIB, Inc. et en avoir reçu une copie. L'assurance entrera en vigueur à la date prévue au contrat. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de l'assurance. Si le directeur médical de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie le juge à propos, je m'autorise à transmettre les renseignements obtenus au titre de l'étude de ma demande d'assurance ou la raison qui supporte la décision de la compagnie, à :

Nom et adresse du médecin: _____

Signature de l'adhérent

Signature du conjoint

Signature du témoin

Date

Signature des enfants à charge à assurer
de 16 ans et plus (14 ans pour le Québec)

AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) ou ses réassureurs : a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIB, Inc., de compagnies d'assurance ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du presteur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs, b) à ne communiquer qu'à ces personnes physiques ou morales ou à ces organismes publics ou parapublics que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet de mon dossier, c) à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli, d) à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier, e) à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement à mon sujet qui sont pertinents aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance ou à des garanties, f) à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels au MIB, Inc. y compris ceux sur ma santé. La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par ma demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent

Signature du conjoint

Signature du témoin

Date

Signature des enfants à charge à assurer
de 16 ans et plus (14 ans pour le Québec)

L'ADHÉRENT ENVOIE L'ORIGINAL À DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE AVEC SA DEMANDE D'ASSURANCE (D'ADHÉSION) ET CONSERVE UNE COPIE.

Attestation d'assurance (2025)



Desjardins
Assurances

C. P. 3000
Lévis QC G6V 9X8

ATTESTATION D'ASSURANCE

POUR :

MME L'ÉDUCATRICE
100, DE L'ENFANCE
QUÉBEC (QUÉBEC)
V1V 1V1

VOTRE NUMÉRO D'IDENTIFICATION

12345678 885 123 456

MENTIONNEZ CE NUMÉRO LORSQUE
VOUS COMMUNIQUEZ AVEC L'ASSUREUR.

À L'ATTENTION DE :

MME LA DIRECTRICE
CPE DE L'ENFANCE
10, RUE BOUT DE CHOU
QUÉBEC (QUÉBEC)
G1G 1G1

ÉTAT DE VOTRE DOSSIER AU :

01 AVRIL 2016

Toutes les garanties offertes dans la police sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction ainsi qu'aux exclusions applicables. Pour plus de renseignements à ce sujet, consultez votre brochure explicative qui constitue un résumé de la police et fait partie intégrante de cette attestation d'assurance, ou votre police. Pour tout autre renseignement, communiquez avec le responsable de votre groupe ou votre représentant.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR ANNÉE - MOIS - JOUR	GARANTIES
	REGIME DE BASE
16-04-01	ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHERENTE : 1 X SALAIRE
16-04-01	MUTILATION ACCIDENTELLE DE L'ADHERENTE : 1 X SALAIRE
16-04-01	ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DUREE
16-04-01	ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DUREE
16-04-01	SOINS MEDICAUX MODULE B: PROTECTION INDIVIDUELLE
16-04-01	SOINS DENTAIRE MODULE B: PROTECTION INDIVIDUELLE

BÉNÉFICIAIRE : MONSIEUR LE CONJOINT

(REV)



MME L'ÉDUCATRICE

ID RX : 12 CONTRAT N° : N001 CERTIFICAT N° : 885 123 456

ASSURANCE MEDICAMENTS
ASSURANCE DENTAIRE
ASSURANCE VOYAGE



EXPRESS SCRIPTS® COMPTE N° : 12345678

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



MME L'ÉDUCATRICE

ID RX : 12 CONTRAT N° : N001 CERTIFICAT N° : 885 123 456

ASSURANCE MEDICAMENTS
ASSURANCE DENTAIRE
ASSURANCE VOYAGE



EXPRESS SCRIPTS® COMPTE N° : 12345678

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

PHOTOS (010-410)

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, manufacturier de produits d'assurance vie et santé, et de retraite.

3. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

3.1 CONTENU DES RÉGIMES SELON LE MODULE CHOISI

Garanties	Module A	Module B	Module C
1. Assurance vie de base de l'adhérente	√	√	√
2. Mutilation accidentelle de l'adhérente	√	√	√
3. Assurance invalidité de courte durée	√	√	√
4. Assurance invalidité de longue durée	√	√	√
5. Assurance vie facultative de l'adhérente *	√	√	√
6. Assurance vie et mutilation accidentelle des personnes à charge *	√	√	√
7. Soins médicaux	A	B	C
8. Soins dentaires	s.o.	B	C
9. Régime de congés de maternité	√	√	√

* Garanties facultatives

3.2 DÉFINITIONS

3.2.1 Adhérente

Toute employée admise à l'assurance et qui verse les primes requises selon les modalités établies.

3.2.2 Assurée

L'adhérente ou l'une de ses personnes à charge, le cas échéant, admise à l'assurance

3.2.3 Année d'assurance

L'année d'assurance commence le 1^{er} avril et se termine le 31 mars de l'année suivante.

3.2.4 Comité paritaire

Le comité a été mis en place pour encadrer la gestion et l'administration des régimes dans les meilleurs intérêts des participants. Le mandat des membres du comité est de 24 mois. Le comité est composé comme suit :

Nom de l'organisme	Nombre de membres
1) Ministère de la Famille (incluant des représentants d'employeurs)	6
2) Fédération de la santé et des services sociaux de la Confédération des syndicats nationaux - FSSS-CSN	3
3) Centrale des syndicats du Québec – CSQ	1
4) Syndicat québécois des employées et des employés de service section locale 298 de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec – SQEES-FTQ	1
5) Association des cadres des centres de la petite enfance	1

3.2.5 Congé de maladie

Les absences suivantes sont considérées comme étant relatives à un congé de maladie pour évaluer leur admissibilité à la subvention : CNESST, SAAQ, IVAC ou pour toutes absences pour lesquelles l'assurée reçoit des prestations d'assurance salaire de courte ou de longue durée.

3.2.6 Congé sans solde

Une absence permise et accordée à une employée pour une période déterminée durant laquelle aucun salaire n'est versé. Un congé sans solde est un congé non rémunéré. Un congé de maladie n'est pas considéré comme un congé sans solde.

Les absences reliées à une mise à pied temporaire, une grève, un lock-out, une cessation concertée du travail ou une libération syndicale prolongée ne sont pas considérés comme un congé sans solde, bien qu'il n'y ait aucun salaire assurable versé durant ces absences.

3.2.7 Délai de carence

Le délai qui représente les premiers jours ouvrables d'une période d'invalidité totale pendant lesquels aucune prestation d'assurance salaire n'est payable à l'adhérente.

3.2.8 Effectivement au travail

Le fait pour une employée d'être présente à son lieu de travail et d'exercer toutes les fonctions inhérentes à son poste, selon son horaire habituel et normal de travail.

3.2.9 Employée

Toute personne salariée au service d'un employeur et dont la semaine régulière de travail auprès de cet employeur est d'au moins 20 heures par semaine dans le même statut d'emploi, soit comme titulaire d'un poste permanent, soit comme non titulaire d'un poste permanent.

Les heures de prestation de travail assurables sont celles en lien avec l'offre de service de garde des enfants reçus par le CPE ou la garderie subventionnée.

Toute propriétaire salariée ou actionnaire salariée dont la semaine régulière de travail est d'au moins 20 heures par semaine.

Aux fins du présent régime d'assurance, la personne responsable d'un service de garde en milieu familial reconnue par un bureau coordonnateur de la garde en milieu familial en vertu de la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance, la personne qui l'assiste ou toute autre personne qu'elle emploie ne sont pas reconnues comme employée.

3.2.10 Employeur

Participant au régime d'assurance, tout titulaire d'un permis de centre de la petite enfance délivré en vertu de la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance ou d'un permis de garderie ainsi délivré qui reçoit une subvention en vertu de l'article 90 de cette loi, ainsi que la personne morale agréée à titre de bureau coordonnateur de la garde en milieu familial.

3.2.11 Invalidité totale

AUX FINS DE L'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE :

Une incapacité continue causée par un accident ou une maladie qui empêche l'adhérente de remplir les principales fonctions de son emploi régulier.

AUX FINS DE L'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE :

- a) pendant le délai de carence de la garantie d'assurance salaire de longue durée et les 24 mois suivants d'une même période d'invalidité, une incapacité continue causée par un accident ou une maladie qui empêche l'adhérente de remplir les principales fonctions de son emploi régulier;
- b) par la suite, une incapacité totale et continue causée par un accident ou une maladie qui empêche l'adhérente d'exercer toute occupation rémunératrice ou de faire tout travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit quelconque, occupation ou travail auquel elle est raisonnablement préparée par son éducation, son entraînement ou son expérience sans égard à la disponibilité d'emploi.

Toute période au cours de laquelle une adhérente bénéficie d'un retrait préventif relatif à une grossesse ou à l'allaitement et approuvé par la CNESST n'est pas reconnue comme une période d'invalidité.

3.2.12 Jour ou journée ouvrable

Journée de travail selon l'horaire habituel de l'adhérente.

3.2.13 Même période d'invalidité totale

AUX FINS DE L'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE :

Une période d'invalidité qui a donné lieu à des indemnités en vertu de l'assurance salaire de courte durée et toute période d'invalidité subséquente qui sont dues à la même cause, ou à des causes non entièrement différentes, sans être séparées par un retour au travail de l'adhérente à son travail régulier pendant **au moins 31 jours consécutifs** ou qui sont dues à des causes entièrement différentes sans être séparées par le retour au travail de l'adhérente à son travail régulier pendant au moins un jour entier.

AUX FINS DE L'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE :

Une période d'invalidité qui a donné lieu à des indemnités en vertu de l'assurance salaire de longue durée et toute période d'invalidité subséquente qui sont dues à la même cause, ou à des causes non entièrement différentes, **sans être séparées par un retour au travail de l'adhérente à son travail régulier pendant au moins 6 mois consécutifs** ou qui sont dues à des causes entièrement différentes sans être séparées par le retour au travail de l'adhérente à son travail régulier pendant au moins un jour entier.

Cependant, à la terminaison de l'assurance salaire de courte durée ou de l'assurance salaire de longue durée, les modalités prévues dans la Loi sur les assurances pour la récurrence ou la rechute de l'invalidité s'appliquent en lieu et place de la présente définition.

3.2.14 Personnes à charge

CONJOINT

Personne liée à l'adhérente par un mariage légalement reconnu ou, si l'adhérente la désigne par écrit à l'assureur, une personne qu'elle présente publiquement comme son conjoint, avec qui elle fait régulièrement vie commune et parent d'un enfant issu de leur union ou, en l'absence de tel enfant, avec qui elle fait régulièrement vie commune depuis un (1) an étant précisé que la dissolution du mariage par divorce ou annulation fait perdre ce statut de conjoint, de même que la séparation de fait depuis plus de 3 mois dans le cas d'un mariage non légalement reconnu. La désignation de cette personne prend effet au moment de sa notification et annule la protection de la personne désignée antérieurement comme conjoint.

Toutefois, en présence de deux conjoints, un seul est reconnu comme tel, la priorité étant alors accordée dans l'ordre suivant :

- le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérente à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu du contrat;
- le conjoint à qui l'adhérente est unie par les liens du mariage.

ENFANT À CHARGE

Toute personne célibataire pour qui l'adhérente ou le conjoint de l'adhérente assume le soutien et qui :

- 1) est âgé de moins de 21 ans et à l'égard de laquelle l'adhérente ou le conjoint de l'adhérente exerce une autorité parentale ou l'exercerait si l'enfant était mineur;
- 2) est âgée de 21 ans ou plus, mais de moins de 26 ans, étudie à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue, moyennant présentation d'une preuve à la satisfaction de l'assureur et à l'égard de laquelle l'adhérente ou le conjoint de l'adhérente exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- 3) quel que soit son âge, est atteinte d'une invalidité physique ou mentale grave de nature incurable et chronique alors qu'elle répondait aux dispositions précédentes d'enfant à charge, rendant cet enfant incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice, moyennant présentation de preuves médicales adéquates;
- 4) est majeure, sans conjoint et atteinte d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, déficience qui doit être survenue lorsque la situation de la personne correspondait à ce qui est prévu en 1) ou en 2) de la présente définition, et étant entendu que pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérente ou de conjoint d'une adhérente, exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si celle-ci était mineure.

L'adhérente doit remplir le recto du formulaire « Confirmation de la déficience fonctionnelle d'un enfant à charge » (09296F) et faire remplir le verso par le médecin traitant.

3.2.15 Retour au travail

Le fait pour une employée d'être effectivement au travail après une période d'absence.

3.2.16 Salaires assurable (Salaires : sera utilisé comme diminutif dans le présent document)

La rémunération annualisée de base de l'employée correspond à la rémunération obtenue pour les fonctions qu'elle occupe régulièrement, dans le cadre de son emploi afin de fournir une prestation de service selon les dispositions prévues à la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance.

Cette rémunération (excluant toute rémunération reliée aux temps supplémentaires, aux bonis, aux primes et indemnités) est calculée selon le taux de base horaire multiplié par le nombre d'heures par semaine qui lui sont payées à ce taux de base jusqu'à concurrence du nombre maximum d'heures régulières prévues, le tout multiplié par 52.

- Pour une employée avec un horaire fixe :

Horaire de travail généralement exigé du personnel sur une base hebdomadaire.

Nombre d'heures de travail X taux horaire X 52 semaines.

- Pour une employée dont l'horaire n'est pas fixe :

Le salaire assurable ne peut être supérieur au salaire effectivement gagné durant les 13 dernières semaines consécutives de travail précédant son admissibilité converti sur une base annuelle.

Nombre total d'heures travaillées des 13 dernières semaines précédant l'admissibilité au régime / 13 semaines X taux horaire X 52 semaines.

Pour l'employée dont l'horaire de travail n'est pas fixe et qui est en congé sans solde ou pour l'employée dont l'horaire de travail n'est pas fixe et qui a pris un congé sans solde au cours des 13 dernières semaines précédant la détermination du salaire, le salaire maximal est égal au salaire effectivement gagné durant les 13 dernières semaines de travail incluant les semaines de congé sans solde et converti sur une base annuelle.

Aux fins du régime d'assurance, le salaire en provenance de tous les employeurs est limité au total du salaire assurable annuel maximum.

3.2.17 Salaire assurable admissible aux subventions

Le salaire assurable admissible aux subventions correspond au salaire assurable assujéti à la subvention du ministère. Il correspond au salaire assurable versé à l'adhérente lorsqu'elle est effectivement au travail et que celui n'excède pas le salaire assurable annuel maximum.

3.2.18 Salaire assurable annuel maximum

Le salaire assurable annuel maximum est égal à 100 300 \$ depuis le 1^{er} avril 2015, jusqu'à avis contraire. Ce montant est confirmé par le ministère de la Famille annuellement.

3.2.19 Service continu

Période pendant laquelle une employée exerce un travail d'au moins 20 heures par semaine auprès d'un employeur, sans aucune interruption sauf celles prévues à la section 4 paragraphe 4.2 « **CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ** ». Selon le statut d'emploi, cette période est de :

- 1) 3 mois consécutifs pour une employée titulaire d'un poste permanent;
- 2) 12 mois consécutifs pour une employée non titulaire d'un poste permanent, peu importe la période de probation.

4. ADHÉSION

4.1 DEMANDE INITIALE DU CPE OU DE LA GARDERIE POUR L'ENSEMBLE DU PERSONNEL

Le formulaire « Demande d'adhésion du titulaire de permis d'un centre de la petite enfance, d'une garderie conventionnée ou d'une garderie subventionnée au régime d'assurance collective et de congés de maternité » doit être signé par le ou les titulaires de permis ou par le Président du conseil d'administration, selon le cas.

Par la suite, des formulaires d'adhésion seront produits et devront être remplis par chacune des personnes admissibles.

4.2 CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

La date d'admissibilité de l'employée est établie en fonction du nombre de mois consécutifs du service continu auprès d'un même employeur, durée ne pouvant débuter avant la période de validité inscrite au permis émis en vertu de la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance.

Tableau synthèse
Conditions d'admissibilité au régime d'assurance collective (voir paragraphe 4.2.1)

	Employée titulaire d'un poste permanent	Employée non titulaire d'un poste permanent
Semaine régulière de travail	D'au moins 20 heures/semaine	D'au moins 20 heures/semaine
Durée du remplacement	S/O	Période minimale de 4 mois
Service continu requis*	Après 3 mois consécutifs de service continu	Après 12 mois de service continu auprès d'un même employeur

* Voir les précisions au [paragraphe 4.2.1](#) concernant les absences qui viennent interrompre ou reporter l'admissibilité d'une employée

Tableau synthèse
Conditions d'admissibilité au régime de congé de maternité (voir paragraphe 4.2.2)

	Employée titulaire d'un poste permanent	Employée non titulaire d'un poste permanent
Service continu requis	18 mois de service continu	24 mois de service continu
Absences qui interrompent le service continu	<ul style="list-style-type: none"> • Congés sans solde • Congés parentaux • Prolongations de congé de maternité • Mises à pied temporaires • Arrêts de travail entre les remplacements 	
Employée non admissible	<ul style="list-style-type: none"> • Employée en libération syndicale prolongée • Congé d'adoption • Employé en congé de paternité • Propriétaire/actionnaire salariée 	

4.2.1 Pour le régime d'assurance collective

EMPLOYÉE TITULAIRE D'UN POSTE PERMANENT

L'employée titulaire d'un poste permanent dont la semaine régulière de travail auprès d'un même employeur est d'au moins 20 heures par semaine est admissible à l'assurance à compter de la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du régime d'assurance collective;
- la date d'adhésion de son employeur au présent régime;
- après 3 mois consécutifs de service continu pour lesquels l'employée est rémunérée pour ses services à l'exclusion de toute employée dont le travail est de nature temporaire;
- la date inscrite par l'employeur sur la demande d'adhésion,

et à condition d'être effectivement au travail à cette date.

Dans le cas où la période reconnue aux fins de l'admissibilité de l'employée est interrompue en raison d'un congé de maternité ou d'un congé sans solde, l'employée devient admissible après 3 mois de service continu en tenant compte du service continu avant et après le congé de maternité ou du congé sans solde.

Dans le cas où la période reconnue aux fins de l'admissibilité ne serait pas complétée et que l'employée reçoit des prestations de la CNESST dans le cadre d'un retrait préventif ou d'un accident de travail, l'employée devient admissible dès son retour effectif au travail avec rémunération dans la mesure où elle a complété 3 mois de service continu incluant la période à laquelle elle reçoit des prestations de la CNESST.

Sous réserve des dispositions mentionnées précédemment, l'employée en retrait préventif ou en invalidité au moment de l'adhésion de son employeur au présent régime est cependant admissible à condition qu'elle soit déjà protégée par un régime d'assurance collective à cette même date.

L'employée qui n'a pas complété la période d'admissibilité requise et qui est convoquée par la Cour comme jurée, est admissible à l'assurance après 3 mois de service continu en comptant le service continu avant et après la période durant laquelle elle a été jurée.

Les congés fériés, les journées de maladie prises via la banque de maladie et les vacances annuelles rémunérées sont des périodes d'absences considérées aux fins du calcul de la période de service continu pour déterminer l'admissibilité. L'employée devient alors admissible à la date à laquelle elle reprend effectivement le travail si la date d'admissibilité coïncide avec un congé rémunéré.

Toute absence autre que celles prévues précédemment (par exemple les vacances non rémunérées et les journées de maladie non rémunérées) alors que l'employée n'a pas complété sa période d'admissibilité a pour effet de faire recommencer sa période d'admissibilité.

L'employée, dont le lien d'emploi cesse, doit refaire sa période d'admissibilité.

EMPLOYÉE NON TITULAIRE D'UN POSTE PERMANENT

L'employée non titulaire d'un poste permanent dont la semaine régulière de travail pour un remplacement à long terme d'au moins 20 heures par semaine auprès d'un même employeur est admissible à l'assurance à compter de la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du régime d'assurance collective;
- la date d'adhésion de son employeur au présent régime;
- après 12 mois de service continu auprès d'un même employeur en effectuant un ou des remplacements à long terme consécutifs sans aucune interruption de service continu entre les remplacements. Un remplacement à long terme est considéré comme tel, lorsqu'il s'agit du remplacement d'un poste pour une période minimale de 4 mois et un horaire d'au moins 20 heures par semaine. Par la suite, l'employée demeure admissible à l'assurance tant et aussi longtemps que les périodes d'interruption de service continu entre les remplacements n'excèdent pas, au total, 4 semaines par année. Toutefois, elle continue d'être admissible à l'assurance soins médicaux du module détenu tant que le lien d'emploi est maintenu,

et à condition d'être effectivement au travail à cette date.

Dans le cas où la période reconnue aux fins de l'admissibilité n'est pas complétée et que l'employée reçoit des prestations de la CNESST dans le cadre d'un retrait préventif ou d'un accident de travail, l'employée devient admissible dès son retour effectif au travail avec rémunération dans la mesure où elle a complété 12 mois de service continu incluant la période à laquelle elle reçoit des prestations de la CNESST.

Sous réserve des dispositions mentionnées précédemment, l'employée en retrait préventif ou en invalidité au moment de l'adhésion de son employeur au présent régime est cependant admissible à condition qu'elle soit déjà protégée par un régime d'assurance collective à cette même date.

L'employée qui n'a pas complété la période d'admissibilité requise et qui est convoquée par la Cour comme jurée, est admissible à l'assurance après 12 mois de service continu en comptant le service continu avant et après la période durant laquelle elle a été jurée.

Les congés fériés, les journées de maladie prises via la banque de maladie et les vacances annuelles rémunérées sont des périodes d'absences considérées aux fins du calcul de la période de service continu pour déterminer l'admissibilité. L'employée devient alors admissible à la date à laquelle elle reprend effectivement le travail si la date d'admissibilité coïncide avec un congé rémunéré.

Toute absence autre que celles prévues précédemment (par exemple les vacances non rémunérées et les journées de maladie non rémunérées, congé sans solde) alors que l'employée n'a pas complété sa période d'admissibilité a pour effet de faire recommencer sa période d'admissibilité.

L'employée, dont le lien d'emploi cesse, doit refaire sa période d'admissibilité.

4.2.2 Pour le régime de congés de maternité

L'employée titulaire d'un poste permanent admissible au régime d'assurance collective qui a complété 18 mois de service continu sans aucune interruption auprès du même employeur de même que l'employée non titulaire d'un poste permanent admissible au régime d'assurance collective qui a complété 24 mois de service continu sans aucune interruption auprès d'un même employeur et qui satisfait aux conditions d'admissibilité du régime d'assurance collective est admissible si, à la suite de la présentation d'une demande de prestations de maternité au Régime québécois d'assurance parentale (RQAP), elle est déclarée éligible à de telles prestations. Pour connaître les conditions d'admissibilité aux prestations de maternité du RQAP suite à une interruption de grossesse ou autres situations particulières, nous invitons l'assurée à consulter le site Internet : <http://www.rqap.gouv.qc.ca/>.

Les 18 mois de service continu (ou 24 mois selon le cas) doivent être complétés auprès du même employeur, et ce, à compter de la date d'embauche de l'employée et au même statut d'emploi. Cependant, le nombre total de mois de service continu auprès du même employeur ne peut excéder 24 mois dans le cas de l'employée dont le statut d'emploi passe de temporaire à permanent et qu'il n'y a pas eu d'interruption de service durant ces 24 premiers mois d'emploi.

Les congés annuels rémunérés, les autres absences rémunérées par l'employeur (féries, maladie et autres), les invalidités indemnisées par la CNESST, la SAAQ, l'IVAC ou l'assurance emploi ou en vertu des garanties d'assurance indemnité hebdomadaire ou de revenu en cas d'invalidité prolongée, les retraits préventifs indemnisés par la CNESST et les congés de maternité (20 semaines pour l'employée admissible aux prestations de l'assureur et 18 semaines pour l'employée non admissible) n'interrompent pas le service continu.

Les absences reliées à des raisons autres que celles décrites précédemment interrompent le service continu, notamment, les congés sans solde, les congés

parentaux, les prolongations de congé de maternité (congé parental), les mises à pied temporaire, les arrêts de travail entre les remplacements.

L'employée en libération syndicale, en congé d'adoption ou en congé de paternité ainsi que la propriétaire/actionnaire salariée ne sont pas admissibles au régime de congés de maternité.

L'employée titulaire d'un poste permanent qui est inadmissible à l'assurance collective en raison du nombre d'heures travaillées, mais qui est admissible aux prestations de maternité du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP), est également admissible aux prestations de maternité prévues au régime de congés de maternité.

L'employée dont le lien d'emploi cesse, doit refaire sa période d'admissibilité.

4.2.3 Fermeture temporaire d'un établissement et incidence sur l'admissibilité de l'employée

Lorsqu'un établissement cesse toutes ses activités de manière temporaire durant le congé des fêtes et durant les vacances estivales, le temps travaillé sera considéré de manière continue avant et après le congé, afin de déterminer l'admissibilité du personnel aux régimes d'assurance collective et de congés de maternité.

Une fermeture temporaire signifie une cessation complète des activités. Dans une telle situation, tout le personnel est mis à pied et une politique du personnel ou une clause de la convention collective la prévoit.

Dans ce cas, l'établissement doit fournir à Desjardins Assurances une copie des documents attestant de la fermeture temporaire du service de garde tout en précisant la période de cette dite fermeture temporaire.

Cette situation ne doit pas être confondue avec un ralentissement des activités qui pourrait générer des mises à pied temporaires. Dans ce cas, la période travaillée avant la mise à pied temporaire n'est pas considérée aux fins du calcul de la durée du service continu, celle-ci recommençant à la date de retour au travail et devant se poursuivre sans interruption.

4.3 PARTICIPATION

4.3.1. Propriétaire/actionnaire salariée

- La participation à la garantie soins médicaux du Module choisi est obligatoire pour la « propriétaire/actionnaire salariée » et pour ses personnes à charge admissibles, s'il y a lieu, sous réserve du droit d'exemption.
- La participation aux autres garanties est facultative. Cependant, si elle choisit d'adhérer, elle devra adhérer à toutes les garanties faisant partie du Module choisi, sous réserve du droit d'exemption.
- La « propriétaire/actionnaire salariée » qui désire mettre fin aux garanties facultatives peut le faire seulement au 1^{er} avril de chaque année en informant l'assureur par écrit dans les 31 jours précédant le 1^{er} avril. Elle peut adhérer de nouveau à l'assurance au 1^{er} avril de chaque année en fournissant des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur pour toutes les garanties.

- De plus, lorsque le salaire assurable de la propriétaire augmente de plus de 10 % au cours d'une même année, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur doivent être fournies pour reconnaître le salaire en sus de l'augmentation permise de 10 %.
- Veuillez noter que la « propriétaire/actionnaire salariée » n'est pas admissible à la subvention accordée par le ministère pour la participation du personnel des centres de la petite enfance et des garderies aux régimes d'assurance collective.

4.3.2 Salariée

- Selon le Module choisi (A, B ou C) par l'adhérente, la participation à la garantie des soins médicaux est obligatoire pour toute employée admissible de même que pour ses personnes à charge admissibles, s'il y a lieu, sous réserve du droit d'exemption.
- La participation aux soins dentaires du module choisi (B ou C) est également obligatoire pour toute employée admissible de même que ses personnes à charge admissibles, s'il y a lieu, sous réserve du droit d'exemption. Par contre, si l'employée admissible ne protège pas ses personnes à charge en soins dentaires alors qu'elle les protège en soins médicaux, elle doit s'assurer que celles-ci sont protégées par un autre programme de soins dentaires.
- L'employée admissible qui néglige de faire son choix ou de respecter les délais pour être inscrite sera assurée par le Module B, avec le type de protection désiré à la date de réception de sa demande par l'assureur. Si elle désire adhérer à un autre Module, elle devra respecter les dispositions contractuelles pour pouvoir le faire (maintien du Module B pendant 2 ans sauf si survient un événement de vie).
- L'assurance vie et l'assurance mutilation accidentelle des personnes à charge sont facultatives pour l'adhérente qui détient un statut de protection monoparentale ou familiale pour l'assurance soins médicaux ou qui est exemptée d'y participer parce qu'elle est protégée par une police d'assurance collective comportant des protections similaires.

Les adhérentes ont la possibilité de faire un choix de protection différent au niveau des soins médicaux et des soins dentaires. Voici les combinaisons possibles :

COMBINAISONS POSSIBLES	# 1	# 2	# 3	# 4
Soins médicaux	F	M	I	E
Soins dentaires	F/M/I/E	F/M/I/E	F/M/I/E	F/M/I/E
Vie et mutilation accidentelle des personnes à charge	F ou refus	M ou refus	Non admissible	F/M ou refus

F : Familiale M : Monoparentale I : Individuelle E : Exemptée

4.4 LOI SUR L'ASSURANCE MÉDICAMENTS ET OBLIGATIONS QUI EN DÉCOULENT

La Loi sur l'assurance médicaments précise que toute personne salariée admissible ayant accès à un régime collectif offrant une garantie d'assurance médicaments a l'obligation d'y adhérer. Il peut s'agir de son propre régime ou de celui de son conjoint. Elle précise également qu'une personne déjà protégée par un régime collectif a l'obligation d'en faire bénéficier son conjoint et ses enfants à charge dans la mesure où ceux-ci ne sont pas protégés par un régime collectif.

4.5 DROIT D'EXEMPTION ET FIN DU DROIT D'EXEMPTION

4.5.1. Droit d'exemption

Une employée peut être exemptée de participer à l'assurance soins médicaux et à l'assurance soins dentaires, si cette dernière est prévue au module applicable, à la condition qu'elle établisse la preuve qu'elle-même et ses personnes à charge, s'il y a lieu, sont protégées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires.

L'employée exemptée de l'assurance soins médicaux ou soins dentaires, ou les deux, doit tout de même aviser l'assureur de son choix de module puisque ce choix s'appliquera par défaut si l'exemption prend fin.

Un régime d'assurance collective est « un régime comportant des protections similaires » permettant de bénéficier du droit d'exemption :

- **au régime de soins médicaux (module A)**, s'il prévoit le remboursement des frais de médicaments;
- **au régime de soins médicaux (module B ou C)**, s'il prévoit le remboursement des frais de médicaments et des frais d'hospitalisation;
- **à la garantie d'assurance soins dentaires (module B ou C)**, s'il prévoit le remboursement des frais de soins dentaires.

L'employée peut être exemptée de participer au régime de soins médicaux du Module B ou C, aux conditions qui précèdent, et participer au régime de soins dentaires du module choisi.

Formulaires à remplir si le droit d'exemption est demandé au moment de l'adhésion

L'adhérente doit remplir le formulaire d'adhésion ou de modification n° [12216F](#) ainsi que les sections « Identification de l'adhérent », « Identification du régime similaire » et « A - Demande d'exemption » du formulaire n° [02757](#) « Demande d'exemption ». Elle le transmet à l'employeur, de même qu'une copie de l'attestation prouvant qu'elle est assurée par un régime d'assurance collective comportant des protections similaires. L'employeur fait parvenir le formulaire n° [12216F](#) à l'Administration des contrats et conserve le formulaire n° [02757](#) et les preuves d'assurance dans son dossier.

Formulaires à remplir si le droit d'exemption est demandé après l'adhésion

L'adhérente remplit les sections « Identification de l'adhérent », « Identification du régime similaire » et « A - Demande d'exemption » du formulaire n° 02757 « Demande d'exemption ». Elle le transmet à l'employeur, de même qu'une copie de l'attestation prouvant qu'elle est assurée par un régime d'assurance collective comportant des protections similaires. L'employeur fait parvenir ces documents à l'Administration des contrats.

4.5.2 Fin du droit d'exemption

Toute employée qui a été exemptée de participer au régime de soins médicaux et/ou de soins dentaires peut ensuite y adhérer, pourvu qu'elle établisse à la satisfaction de l'assureur :

- qu'antérieurement, elle était assurée en vertu du présent régime ou en vertu de tout autre régime, accordant des garanties similaires au régime dont elle est exemptée;
- qu'il est devenu impossible qu'elle continue à être assurée.

L'assurance entre en vigueur le jour suivant la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.

Toutefois, si la demande est reçue chez l'assureur plus de 31 jours après la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption, l'assurance des personnes à charge entre en vigueur, pour la garantie soins médicaux du Module choisi, à la date de réception de la demande par l'assureur. Pour la garantie soins dentaires, la date d'entrée en vigueur sera la même que pour la garantie soins médicaux – Modules B ou C, et ce, sans preuve d'assurabilité; cependant, aucune prestation n'est payable à l'égard de frais engagés pour les personnes à charge au cours des six premiers mois de leur assurance.

Assurée en invalidité au moment de la fin du droit d'exemption

Par défaut, nous accorderons le Module A, selon le type de protection demandée. Ce Module entrera en vigueur le jour suivant la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.

Par la suite, le Module désiré (si autre que le Module A) entrera en vigueur le jour où l'adhérente sera effectivement au travail.

Formulaires à remplir

L'adhérente remplit le formulaire d'adhésion ou de modifications n° 12216F ainsi que le formulaire n° 02757, sections « Identification de l'adhérent », « Identification du régime similaire » et « B - Demande de participation ». Elle les transmet à l'employeur, qui les fait parvenir à l'[Administration des contrats](#).

4.6 DEMANDE D'ADHÉSION DE L'EMPLOYÉE

- ▶ **Toute employée admissible doit remplir une demande d'adhésion (formulaire n° 12216F) qui doit être reçue chez l'assureur au plus tard 31 jours suivant la date à laquelle elle**

devient admissible. Tous les renseignements demandés sur ce formulaire sont requis par l'assureur.

En même temps que le formulaire d'adhésion, l'employeur remet à l'employée le dépliant n° 04013F intitulé « Gestion et protection des renseignements personnels », ainsi que le dépliant n° 08137F intitulé « La désignation de bénéficiaires ».

Il est souhaitable de transmettre le formulaire d'adhésion d'une nouvelle employée à l'assureur, avant la date à laquelle cette employée devient admissible, afin que son nom soit indiqué le plus tôt possible sur le relevé des primes de l'assurance collective.

Pour indiquer que le formulaire est utilisé aux fins d'adhésion, il faut cocher, dans le coin supérieur droit, la case « Adhérer à l'assurance collective ».

- . L'employeur remplit les sections A et B et appose sa signature au bas du formulaire à la section H. Cette signature atteste l'admissibilité de l'employée.
- . L'employée remplit les sections D, E, G et H. Si l'employée désire adhérer à l'assurance vie additionnelle, elle doit remplir également le formulaire « Rapport d'assurabilité » (formulaire n° 20009).
- . La section C doit être remplie seulement par la propriétaire salariée ou l'actionnaire salariée.

Il est important que l'employée prenne connaissance des renseignements fournis dans le dépliant n° 08137F ou de l'encadré à l'endos du formulaire « Désignation de bénéficiaire(s) », avant de remplir la section G – Désignation de Bénéficiaire(s).

Ces renseignements se retrouvent également dans les deux dernières pages de la présente section.

- . L'employeur adresse l'original de ce formulaire à l'assureur, remet une copie à l'employée et en conserve une copie dans son dossier.

L'assurance prend effet à la date d'admissibilité en autant que la demande parvienne à l'assureur avant cette date ou dans les 31 jours qui suivent cette date.

4.7 DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

La protection des personnes à charge répondant à la définition de personnes à charge au moment de la date initiale d'admissibilité de l'employée prend effet à la même date que la protection de l'employée pour autant qu'une demande d'adhésion pour l'employée et ses personnes à charge parvienne à l'assureur dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité de l'employée.

L'adhérente qui, lors de son adhésion, n'a pas de personne à charge admissible et qui en a par la suite (exemple : naissance ou mariage), peut les assurer à condition d'en faire la demande par écrit au cours des 31 jours qui suivent la date de leur admissibilité (voir section 5 « **MODIFICATIONS** »).

Si la demande d'adhésion à l'assurance des personnes à charge est reçue chez l'assureur plus de 31 jours suivant la date à laquelle l'employée est devenue admissible à l'assurance,

le régime de soins médicaux prendra effet à la date de réception par l'assureur de la demande d'adhésion.

Pour le régime de soins dentaires, il prendra effet également à la date de réception par l'assureur de la demande d'adhésion. **Toutefois, les frais engagés pour les personnes à charge en vertu du régime de soins dentaires au cours des 6 premiers mois suivant l'entrée en vigueur de la protection ne sont pas couverts, mais la prime requise est exigée.**

- ▶ **Il est donc important d'informer l'employée de ses droits lorsqu'elle est embauchée afin qu'elle puisse faire un choix dans le délai prévu par le contrat.**

4.8 ATTESTATION D'ASSURANCE

Une attestation d'assurance est émise pour chaque nouvelle adhérente. Elle est expédiée à l'employeur, qui la remet à l'adhérente.

Une nouvelle attestation est émise et expédiée à l'employeur chaque fois qu'un des changements suivants est demandé :

- changement de protection (familiale, monoparentale ou individuelle);
- ajout, abandon ou modification d'une garantie;
- demande du droit d'exemption ou de fin de l'exemption;
- changement de bénéficiaire;
- changement d'employeur;
- changement de nom.

Pour un exemple d'attestation ([20025](#)), voir la section 2.

4.9 DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Lorsque l'employée adhère pour la première fois à une assurance vie dans le régime d'assurance collective, elle peut choisir un ou plusieurs bénéficiaire(s) à qui les montants d'assurance vie doivent être versés à son décès. C'est ce que l'on appelle la désignation de bénéficiaire.

L'employée qui change d'employeur mais qui continue de participer au même régime d'assurance collective n'est pas considérée comme une nouvelle adhérente aux seules fins de la désignation du bénéficiaire par le régime. La désignation de bénéficiaire qui avait été faite est maintenue et ne peut être modifiée qu'en suivant les règles énoncées au paragraphe [CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE](#) de la section 5 « [MODIFICATIONS](#) ».

4.9.1 Qui peut être désigné comme bénéficiaire?

- Toute personne peut être désignée comme bénéficiaire. On peut ainsi désigner ses enfants, son conjoint ou toute autre personne.
- On peut également désigner une personne qui n'est pas encore conçue ou née. Il suffit qu'au moment où la prestation devient payable, cette personne existe ou soit conçue et naisse viable et qu'elle soit reconnue comme la personne visée par la désignation.

- On peut enfin omettre de désigner un bénéficiaire à la prestation de décès ou encore préciser que la prestation soit payable aux ayants droit, aux héritiers, aux légataires, aux exécuteurs testamentaires, aux fiduciaires ou aux représentants légaux.

En l'absence d'une désignation précise, le produit de l'assurance fait partie de la succession et est distribué selon les conditions du testament, du contrat de mariage ou, à défaut de tels documents, selon les dispositions du Code civil.

4.9.2 Implications légales du statut de la désignation

Bénéficiaire révocable

La désignation peut être révoquée en tout temps, et ce, sans le consentement du bénéficiaire. Cependant, elle doit nécessairement être faite par écrit.

Bénéficiaire irrévocable

La désignation ne peut être révoquée à moins d'obtenir le consentement écrit du bénéficiaire désigné à ce titre.

4.9.3 Particularités s'appliquant au bénéficiaire conjoint légalement marié à l'adhérente

Le bénéficiaire qui, lors de la désignation, répond à la qualité de conjoint légalement marié de l'adhérente et qui est désigné sans précision quant à la révocabilité est considéré comme irrévocable.

Le conjoint est toutefois révocable en cas de stipulation de révocabilité. De même, toute désignation testamentaire, quelle que soit la qualité du bénéficiaire, est révocable.

Par ailleurs, un divorce ou l'annulation d'un mariage rend automatiquement caduque toute désignation du conjoint à titre de bénéficiaire ou de propriétaire subsidiaire.

Cependant, dans le cas de la séparation de corps, la désignation demeure à moins que l'adhérente n'en demande spécifiquement l'annulation au tribunal.

- ▶ **En raison des renseignements qui précèdent, il est fortement recommandé à toutes les personnes qui souscrivent un contrat d'assurance vie de désigner un bénéficiaire révocable.**

4.9.4 Saisie de la prestation de décès

Bénéficiaire désigné

Dans TOUS les cas

Particularités

Les créanciers du bénéficiaire PEUVENT saisir la prestation de décès seulement au moment où le bénéficiaire touche le montant d'assurance.

De plus, aux catégories de bénéficiaires suivantes **s'ajoutent** ces particularités :

Époux(se), ascendant,
descendant, bénéficiaire
révocable ou irrévocable

- . Les créanciers de l'adhérente NE PEUVENT saisir la prestation de décès.
- . En cas de faillite de l'adhérente, le syndic de cette dernière NE PEUT saisir la prestation de décès.

Aucune désignation
précise (ayants droit,
héritiers, etc.)

- . Les créanciers de l'adhérente PEUVENT saisir la prestation de décès.
- . En cas de faillite de l'adhérente, le syndic de cette dernière PEUT saisir la prestation de décès.

5. MODIFICATIONS

Certains événements survenant en cours d'assurance peuvent modifier les renseignements déjà fournis sur la demande d'adhésion d'une adhérente. Ces modifications touchent l'assurance de l'adhérente et ont une incidence directe sur la liste des adhérentes et votre relevé de primes.

C'est pourquoi il est essentiel que l'employeur transmette ces modifications à Desjardins Assurances le plus rapidement possible, afin que l'assureur puisse en tenir compte.

Toutes les modifications doivent être indiquées sur le formulaire « Adhésion ou modification » n° 12216F ou sur le formulaire « Avis de modifications » n° 20017, et transmises à l'[Administration des contrats](#) dans les plus brefs délais.

Certaines modifications exigent la signature de l'adhérente, d'autres ne demandent qu'un avis de la part de l'employeur.

5.1 MODIFICATIONS NÉCESSITANT LA SIGNATURE DE L'ADHÉRENTE

5.1.1 Propriétaire/actionnaire salariée

Celle qui désire mettre fin aux protections autres qu'au régime de soins médicaux peut le faire au 1^{er} avril de chaque année en informant l'assureur par écrit dans les 31 jours précédant le 1^{er} avril.

Elle peut également y adhérer au 1^{er} avril de chaque année en fournissant des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur pour toutes les garanties.

La demande doit parvenir à l'assureur au plus tard dans les 31 jours qui suivent le 1^{er} avril.

Il s'agit alors de remplir le formulaire d'adhésion ou de modification n° 12216F, et le rapport d'assurabilité n° 20009, s'il y a lieu.

5.1.2 Modifications d'état civil

Le jour où une adhérente se marie, devient veuve, divorce ou se sépare, ses besoins peuvent changer selon les circonstances.

Elle doit également profiter de cette occasion pour vérifier qui est le bénéficiaire de ses polices d'assurance vie.

Pour effectuer toute modification à son statut de protection, l'adhérente doit remplir le formulaire d'adhésion ou de modification n° 12216F. Pour indiquer que le formulaire est utilisé aux fins de modifications, il faut cocher dans le coin supérieur droit « Modifier mon assurance collective » et remplir la section F - *Modifications*.

5.1.3 Choix du type de protection

5.1.3.1 Augmentation du type de protection

Une adhérente peut augmenter son type de protection dans les 31 jours qui suivent un événement de vie. Dans un tel cas, le nouveau type de protection

entre en vigueur à la date de l'événement si la demande est faite dans les 31 jours qui suivent un des événements suivants :

- mariage* ou union civile*;
* ne s'applique pas dans le cas d'un conjoint assurable avant le mariage ou l'union civile.
- la date à laquelle le conjoint de fait devient admissible à l'assurance selon les dispositions du contrat, (voir section 3, paragraphe 3.2.9 – [Personnes à charge](#));
- la naissance d'un premier enfant (adoption, garde légale);
- séparation, divorce, union civile dissoute;
- fin de l'admissibilité du dernier enfant à charge conformément aux règles prévues au paragraphe [3.2.14](#);
- retour aux études d'un enfant à charge;
- obtention d'un poste permanent.

Si la demande est faite plus de 31 jours après la date de l'événement de vie, le nouveau type de protection entre en vigueur comme suit :

- 1) pour l'**assurance vie des personnes à charge**, des preuves d'assurabilité sont exigées et la garantie entre en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur;
- 2) pour les **soins médicaux**, le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande chez l'assureur;
- 3) pour les **soins dentaires**, le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande chez l'assureur. Toutefois, les frais engagés au cours des 6 premiers mois pour les personnes à charge ne sont pas couverts, mais la prime sera exigée.

5.1.3.2 Réduction du type de protection

Une adhérente peut réduire son statut de protection en tout temps en vertu des garanties soins médicaux et soins dentaires, sur réception par l'assureur d'une demande écrite à cet effet, tel qu'indiqué ci-après :

- 1) d'une protection familiale à une protection individuelle ou monoparentale;
- 2) d'une protection monoparentale à une protection individuelle.

Lorsque le type de protection est réduit en raison d'un événement de vie ayant occasionné la perte d'une personne à charge, le nouveau type de protection entre en vigueur à la date de l'événement de vie si l'assureur reçoit la demande dans les 31 jours suivant la date de l'événement de vie.

(Le formulaire requis est le formulaire d'adhésion ou de modification n° 12216F).

Si l'assureur reçoit la demande écrite plus de 31 jours après la date de l'événement de vie ou si la demande n'est pas en lien avec un événement de vie, le nouveau type de protection entre alors en vigueur le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande par l'assureur. (Le formulaire requis est le formulaire d'adhésion ou de modifications n° 12216F).

5.1.4 Changement de module

L'adhérente doit participer à un module pendant un minimum de 2 années consécutives avant d'avoir la possibilité de changer de module, à moins que le changement ne soit requis suite à un des événements de vie suivants :

- mariage* ou de l'union civile*;
* ne s'applique pas dans le cas d'un conjoint assurable avant le mariage ou l'union civile.
- la date à laquelle le conjoint de fait devient admissible à l'assurance selon les dispositions du contrat, (voir section 3, paragraphe 3.2.9 – [Personnes à charge](#));
- la naissance d'un premier enfant (adoption, garde légale);
- séparation, divorce, union civile dissoute;
- fin de l'admissibilité du dernier enfant à charge;
- retour aux études d'un enfant à charge;
- début d'exemption ou fin d'exemption au régime d'assurance collective du conjoint;
- obtention d'un poste permanent.

5.1.4.1 Changement de module durant la période de 2 ans de maintien obligatoire

L'adhérente peut augmenter ou diminuer sa protection d'un niveau à la fois et le changement de module demandé par l'adhérente prend effet le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande par l'assureur si la demande est faite dans les 31 jours qui suivent un des événements précités. (Le formulaire requis est le formulaire d'adhésion ou de modifications n° 12216F).

L'adhérente, qui ne se prévaut pas de ce droit dans les délais requis, pourra le faire à la condition qu'un autre événement de vie survienne ou lorsque la période de 2 ans de maintien obligatoire sera terminée.

5.1.4.2 Changement de module après la période de 2 ans de maintien obligatoire

L'adhérente peut augmenter ou diminuer sa protection d'un niveau à la fois et le changement de module demandé par l'adhérente prend effet le premier

jour du mois qui suit la date de réception de la demande par l'assureur. (Le formulaire requis est le formulaire d'adhésion ou de modification n° [12216F](#)).

Par la suite, le nouveau module détenu devra être maintenu pour une nouvelle période de 2 ans à moins qu'un changement ne soit requis suite à un des événements de vie précités.

Les changements de module sont effectués à la condition que l'adhérente soit effectivement au travail à la date où le changement prendrait normalement effet, sinon tel changement prend effet à la date de retour au travail avec rémunération de l'adhérente.

Si l'adhérente est totalement invalide à la date à laquelle elle aurait droit de modifier son module, elle demeure assurée pour le même module que celui en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale, jusqu'à la date à laquelle elle reprend effectivement le travail. À son retour au travail, toute demande de changement de module doit être faite dans les 31 jours pour que le changement prenne effet à la date à laquelle l'adhérente reprend effectivement le travail.

Si l'adhérente est absente du travail par suite de mise à pied temporaire, de congé autorisé, de grève ou de lock-out à la date à laquelle elle aurait droit de modifier son module, et si son assurance est prolongée selon ce qui est prévu au contrat d'assurance, elle demeure assurée pour le même module que celui en vigueur immédiatement avant le début de l'absence, mais pas au-delà de la période prévue au contrat d'assurance. À son retour au travail, toute demande de changement de module doit être faite dans les 31 jours pour que le changement prenne effet à la date à laquelle l'adhérente reprend effectivement le travail.

Si la demande de changement de module est reçue par l'assureur plus de 31 jours après la date de retour au travail, la protection prend effet à la date de réception par l'assureur de la demande de changement.

Si l'adhérente n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle elle aurait droit de modifier son module uniquement parce qu'elle est en congé payé ou parce que c'est un jour férié, elle est considérée comme étant effectivement au travail à cette date.

5.1.5 Droit d'exemption et fin du droit d'exemption

La procédure a été expliquée à la section 4, paragraphe 4.5 « [Droit d'exemption et fin du droit d'exemption](#) ». Veuillez vous y référer.

5.1.6 Assurance vie additionnelle de l'adhérente

Lorsque l'adhérente désire modifier le montant d'assurance vie additionnelle qu'elle avait choisi au moment de son adhésion, elle doit remplir le formulaire d'adhésion ou de modifications n° [12216F](#).

Si cette modification a pour objet une demande d'augmentation du montant d'assurance vie additionnelle, l'adhérente doit présenter des preuves d'assurabilité (formulaire n° [20009](#) « Rapport d'assurabilité »).

L'assurance entre alors en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur.

Par contre, si cette modification a pour objet une diminution du montant d'assurance vie additionnelle, la modification entre en vigueur à la date de réception par l'assureur de l'avis écrit de l'adhérente à cet effet. (Le formulaire requis est le formulaire d'adhésion ou de modifications n° [12216F](#)).

5.1.7 Changement de bénéficiaire

Pour effectuer un changement de bénéficiaire, l'adhérente utilise le formulaire n° [20007](#) « Demande de désignation ou changement de bénéficiaire(s) ou de fiduciaire » et remplit les sections A, C et D. À noter que la section B – Révocation de bénéficiaire(s) ne doit être remplie que si la désignation de bénéficiaire avait été faite de façon IRRÉVOCABLE.

Dans tous les cas où la désignation de bénéficiaire était **RÉVOCABLE** :

- a) L'adhérente prend soin de bien s'identifier à la section A – Identification du formulaire.
- b) Elle remplit la section C – Désignation ou changement de bénéficiaire(s) en y indiquant le nom du nouveau bénéficiaire, le lien de parenté, la date de naissance et le pourcentage, s'il y a lieu, puis elle coche la désignation « révocable » ou « irrévocable ».
- c) Elle appose sa signature à la section D – Signature et y indique la date.

Dans tous les cas où la désignation de bénéficiaire était **IRRÉVOCABLE** :

- a) En plus des sections A, C et D, l'adhérente doit remplir la section B et faire obligatoirement signer le consentement par le bénéficiaire révoqué ainsi que par un témoin autre que le nouveau bénéficiaire. Si le bénéficiaire irrévocable est décédé, l'adhérente doit joindre au formulaire un certificat de décès.

Si l'adhérente demande une modification de ses protections et désire en profiter pour modifier son bénéficiaire, elle peut également utiliser le formulaire n° [12216F](#) « Adhésion ou modification à l'assurance collective » pour demander ce changement (si le bénéficiaire était révocable). Elle doit alors remplir la case 19 et y inscrire toutes les informations sur son nouveau bénéficiaire.

ATTENTION : Si la désignation antérieure était irrévocable, l'adhérente devra obligatoirement remplir le formulaire n° [20007](#) « Demande de désignation ou changement de bénéficiaire(s) ou de fiduciaire ».

L'assureur transmet à l'employeur une nouvelle attestation sur laquelle apparaît le nom du nouveau bénéficiaire.

5.2 MODIFICATIONS NE NÉCESSITANT PAS LA SIGNATURE DE L'ADHÉRENTE

5.2.1 Invalidité

L'employeur doit aviser le Service des prestations d'assurance salaire lors de toute invalidité, y compris les cas de CNESST, SAAQ et IVAC afin que l'assureur puisse appliquer la clause d'exonération des primes (voir [section 8](#)) prévue par le contrat.

Lorsque l'adhérente retourne au travail, l'employeur doit immédiatement en aviser l'assureur.

5.2.2 Modifications de salaire

L'employeur doit signaler à l'assureur les modifications de salaire.

Ces renseignements doivent être transmis à l'aide du formulaire n^o 20017 « Avis de modifications ».

Relativement à la garantie d'assurance vie de l'adhérente, à la garantie de mutilation par accident de l'adhérente, à la garantie d'assurance salaire de courte durée et à la garantie d'assurance salaire de longue durée, lorsque se produit un changement de salaire, **la protection modifiée prend effet le premier jour de la période de prime qui suit la date de réception par l'assureur de l'avis écrit à cet effet** sauf s'il est démontré à la satisfaction de l'assureur qu'il était impossible pour l'employeur ou l'adhérente de fournir l'avis requis dans les délais prévus.

Les changements de protection sont effectués à la condition que l'adhérente soit effectivement au travail à la date où le changement prendrait normalement effet; sinon, tel changement prend effet à la date de retour effectif au travail avec rémunération de l'adhérente.

5.2.3 Personne qui atteint l'âge de 65 ans

En ce qui concerne la garantie soins médicaux, l'adhérente qui atteint l'âge de 65 ans peut, en avisant l'assureur par écrit, choisir de :

a) demeurer assurée en vertu du présent régime en payant la surprime prévue à cet effet (voir le tableau de primes à la section 6, [paragraphe 6.3.7](#)). Dans ce cas, elle devra annuler son inscription à la RAMQ pour les médicaments;

ou

b) demeurer inscrite au régime général d'assurance médicaments. Dans ce dernier cas, l'adhérente demeure protégée pour les médicaments non couverts par le régime général d'assurance médicaments et pour les autres frais prévus en vertu de la garantie soins médicaux du Module détenu. L'adhérente qui choisit de s'assurer auprès de la RAMQ ne peut plus par la suite modifier son choix à cet égard.

Dans le cas d'un conjoint qui atteint l'âge de 65 ans, il devient automatiquement assuré par le régime général d'assurance médicaments pour la partie médicaments couverts par la RAMQ. Il peut cependant choisir de demeurer assuré en vertu du présent régime. Dans ce cas, un avis écrit de l'adhérente doit être transmis à l'assureur, accompagné d'une confirmation du conjoint à l'effet qu'il a résilié son assurance auprès de la RAMQ. **Aucune personne à charge ne peut demeurer assurée par la garantie soins médicaux si l'adhérente ne le demeure pas elle-même.** Le conjoint qui choisit de s'assurer auprès de la RAMQ ne peut plus par la suite modifier son choix à cet égard.

5.3 TERMINAISON DE L'ASSURANCE

5.3.1 De l'adhérente

L'assurance de l'adhérente prend fin à la première des dates suivantes :

- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cette adhérente;
- la date à laquelle l'employeur met fin à sa participation au régime d'assurance;

L'employeur ayant mis fin à sa participation au régime ne pourra le réintégrer avant un délai de deux ans. Lors de la réadhésion, les frais engagés au cours des 6 premiers mois suivant l'entrée en vigueur de la protection des frais dentaires ne seront pas admissibles pour les adhérentes et leurs personnes à charge et la prime requise sera exigée;

- la date de la résiliation du contrat;
- la date à laquelle l'adhérente quitte son emploi;
- la date à laquelle l'adhérente prend sa retraite;
- la date à laquelle l'adhérente cesse d'être admissible à l'assurance;
- relativement à une garantie sujette à l'exonération de prime, la date à laquelle se termine telle exonération de prime à moins que l'adhérente n'ait repris le paiement de sa prime en tant qu'employée admissible tel que décrit au présent régime;
- relativement et uniquement pour les garanties de soins médicaux et de soins dentaires, à la date d'acceptation par l'assureur de la demande de l'adhérente à l'effet qu'elle désire être exemptée des dites garanties, pour elle et ses personnes à charge, s'il y a lieu;
- la date à laquelle l'adhérente ou l'une de ses personnes à charge perçoit ou laisse percevoir, en conséquence de fausses demandes ou représentations provenant de l'adhérente ou d'un tiers, des prestations auxquelles le régime ne donne pas droit, indépendamment du caractère obligatoire de la protection et de tout autre recours que l'assureur pourrait exercer;
- pour l'assurance vie additionnelle de l'adhérente, la date de réception par l'assureur de l'avis écrit de l'adhérente demandant d'y mettre fin;
- pour les assurances vie de base, mutilation accidentelle et assurance salaire de longue durée, la date à laquelle l'adhérente atteint l'âge de 65 ans.

Si l'assureur reçoit l'avis de terminaison de l'assurance d'une adhérente dans les 60 jours suivant la date prévue de terminaison, l'assurance prend fin rétroactivement à la première des dates suivantes et les sommes perçues en trop seront remboursées à la condition qu'aucune demande de prestations, pour des frais engagés durant cette période, n'ait été soumise :

- la date à laquelle l'adhérente quitte son emploi;

- la date à laquelle l'adhérente prend sa retraite;
- la date à laquelle l'adhérente cesse d'être admissible à l'assurance.

Par contre, si l'assureur est avisé d'une terminaison de l'assurance de l'adhérente plus de 60 jours après la date où l'assurance devait normalement se terminer, celle-ci prendra fin à la date de réception par l'assureur de l'avis de terminaison. Dans ce cas, il n'y aura aucun ajustement de prime.

5.3.2 Des personnes à charge

L'assurance de toute personne à charge prend fin à la première des dates suivantes :

- la date de terminaison de l'assurance de l'adhérente;
- la date à laquelle la personne à charge cesse de répondre à la définition prévue au présent régime d'assurance collective;
- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cette personne à charge;
- la date de réception par l'assureur de l'avis écrit d'une adhérente qui désire dorénavant être assurée selon une protection monoparentale ou individuelle selon le cas.

5.4 FIN DU LIEN D'EMPLOI ET INVALIDITÉ EN COURS

Lorsqu'un employeur met fin au lien d'emploi d'une employée durant une invalidité mais avant le début de l'exonération de la prime, toutes les garanties, sauf l'assurance salaire de courte durée, se terminent à la date de fin du lien d'emploi. Seules les garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de longue durée seront remises en vigueur avec une exonération de la prime lorsque les prestations d'assurance salaire de longue durée seront payables, en autant que l'invalidité totale se poursuive.

6. FACTURATION

Les primes doivent être payées sur réception de la facturation.

La présente section a pour but d'informer l'employeur des mesures à prendre pour aviser l'assureur des changements dans la composition du groupe. Il est très important de prendre connaissance de ces renseignements pour que l'assureur puisse gérer correctement le dossier des assurées.

6.1 LISTE DES ADHÉRENTES

Afin d'être en mesure de facturer un groupe, Desjardins Assurances doit constituer un fichier, dans lequel se trouvent tous les renseignements essentiels lui permettant d'identifier les adhérentes, de déterminer les garanties auxquelles chacune d'entre elles a droit, de même que la prime totale à payer par adhérente, pour la période.

La prime facturée est payable pour la période complète de facturation pour les adhérentes au début de la période de facturation. Les primes sont établies selon les protections détenues à cette même date. Si une modification prend effet au cours d'une période de facturation, l'ajustement de prime s'applique à compter de la période de facturation suivante. Également, lorsqu'une adhérente devient admissible au cours d'une période de facturation, la prime n'est pas exigible pour cette période. Par contre, si l'adhérente quitte au cours d'une période de facturation, la prime complète est alors exigible.

6.2 FACTURATION

Pour chaque période, l'employeur recevra une facturation qui inclut un [bordereau de paiement](#), un [relevé des primes de l'assurance collective](#), un [sommaire du relevé](#) et un [relevé des allocations et avantages imposables](#).

Sur cette facturation se retrouvent les renseignements suivants :

6.2.1 Bordereau de paiement

Deux bordereaux de paiement sont produits, un que l'employeur conserve pour son dossier et un qui doit être retourné avec le paiement.

Ce bordereau indique la période facturée ainsi que le numéro de compte et le nom de l'établissement. Également, les renseignements suivants s'y retrouvent :

6.2.1.1 Date du relevé

Il s'agit de la date de production du relevé.

6.2.1.2 Prime pour la période

Dans cette case, figure la prime totale pour la période.

6.2.1.3 Solde précédent

Si des primes n'ont pas été payées pour la période précédente ou si le montant perçu a été différent de celui qui avait été facturé, l'employeur trouvera une mention dans cette case.

6.2.1.4 Montant dû

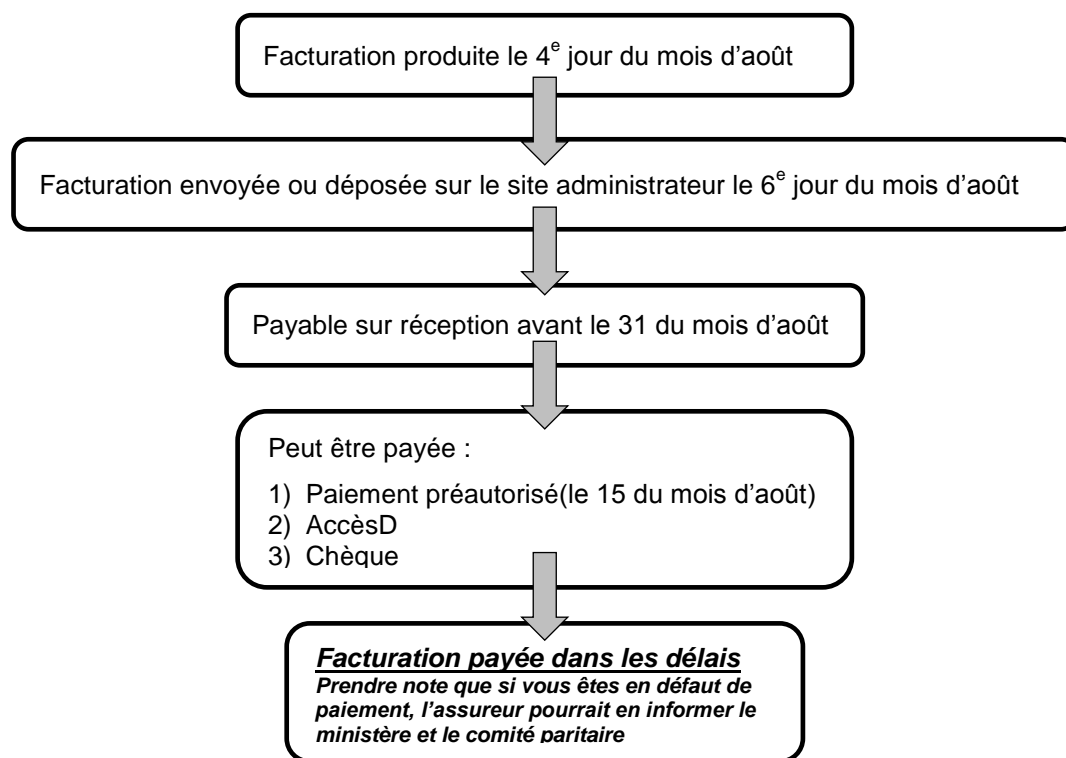
Ce renseignement indique la somme des primes dues précédemment, plus les primes qui doivent être payées pour la période couverte par le relevé des primes de l'assurance collective.

Modalités de paiement

Le paiement préautorisé est à privilégier pour éviter tout retard de paiement de prime. Pour ce faire, l'employeur doit remplir le formulaire « Demande d'adhésion au débit préautorisé d'entreprise (09240F) » et le retourner à [Desjardins Assurances](#) accompagné d'un chèque portant la mention « ANNULÉ ». Le montant dû sera perçu le 15 de chaque mois.

Également, l'employeur peut payer le montant dû via AccèsD ou par chèque.

Exemple de facturation payée sur réception (facturation du mois d'août)



6.2.2 [Relevé des primes de l'assurance collective](#)

La période facturée ainsi que le numéro de compte et le nom de l'établissement y sont indiqués. Également, les renseignements suivants s'y retrouvent :

6.2.2.1 Nom

Liste des adhérentes pour la période de facturation.

6.2.2.2 Codes de facturation

La première série porte sur la facturation. Les codes qui peuvent être utilisés pour une adhérente sont les suivants :

- A : ajustement de primes;
- E : primes exonérées;
- P : primes;
- V : volume d'assurance;
- X : ajustement de primes exonérées.

6.2.2.3 Numéro d'identification

Numéro d'identification de l'assurée.

6.2.2.4 Salaire

Salaire assurable en vigueur au début de la période de facturation.

6.2.2.5 Garantie assurée

Sous chacune des colonnes indiquant une garantie, l'employeur y retrouvera le volume assuré ainsi que la prime, pour chacune des adhérentes qui figurent sur le relevé.

En ce qui a trait à l'assurance vie de base et mutilation accidentelle de l'adhérente, on indique toujours le volume d'assurance. Si l'adhérente détient la protection familiale ou monoparentale en assurance vie et mutilation accidentelle des personnes à charge, un « oui » est indiqué vis-à-vis son nom.

Quant à la garantie d'assurance salaire de longue durée, le montant indiqué correspond à la rente payable pour chacune des adhérentes, compte tenu de son salaire.

Les renseignements fournis pour l'assurance maladie sont divisés en deux colonnes, si l'adhérente détient le Module B ou C l'information se retrouve dans les colonnes « Accident maladie » et « Frais dent » et si elle détient le Module A, dans la colonne « Assur. Médicam. », ils indiquent si l'adhérente détient une protection individuelle, monoparentale ou familiale.

Dans la section sur la garantie d'assurance soins dentaires (Module B ou C), il est précisé si l'adhérente détient une protection individuelle, monoparentale ou familiale. Les adhérentes ont la possibilité de faire un choix de protection différent au niveau des soins médicaux et des soins dentaires. Voir les combinaisons possibles à la section 4.

6.2.2.6 [Codes d'ajustement](#)

Les codes figurant avant la prime totale indiquent les ajustements propres à chaque adhérente :

- A : départ/décès;
- B : nouvelle adhérente/remise en vigueur;
- C : fin d'exonération de primes;
- D : début d'exonération de primes;
- E : modification dans les garanties;
- F : changement du type de protection;
- G : changement d'âge;
- H : changement de taux de prime;
- I : changement de salaire;
- J : autre.

6.2.2.7 [Prime totale incluant la taxe](#)

La prime totale devant être versée pour la période est indiquée pour chacune des adhérentes. Elle correspond à la prime de l'adhérente, taxe incluse.

Lors de toute modification qui touche la prime de la période mensuelle d'une adhérente, la prime de l'ajustement effectué figure dans la colonne de la garantie concernée, sous le volume ou la prime.

La taxe s'appliquant à toute prime ou à tout ajustement de prime est indiquée dans la colonne « Taxe ».

6.2.3 [Sommaire du relevé](#)

Ce sommaire indique le volume total pour chacune des garanties, de même que la prime de chaque garantie pour la période et le nombre d'adhérentes.

6.2.4 [Relevé des subventions et avantages imposables](#)

6.2.4.1 [Nom](#)

Liste des adhérentes pour la période de facturation.

6.2.4.2 [Codes de facturation](#)

La première série porte sur la facturation. Les codes qui peuvent être utilisés pour une adhérente sont les suivants :

- A : ajustement de primes;
- E : primes exonérées;
- P : primes;
- V : volume d'assurance;
- X : ajustement de primes exonérées.

6.2.4.3 [Numéro d'identification](#)

Numéro d'identification de l'assurée.

6.2.4.4 Salaire

Salaire assurable en vigueur au début de la période de facturation qui est admissible à la subvention du ministère.

6.2.4.5 Subvention du ministère

Qui ne donne pas lieu aux avantages imposables :

Montant de la subvention du ministère qui sert à payer la prime de la garantie d'assurance salaire de courte durée ainsi que la taxe reliée à cette prime, à la condition que l'assurée soit admissible à cette subvention. La subvention du ministère est versée pour le salaire assurable admissible.

Il est à noter que les prestations d'assurance salaire de courte durée sont imposables. Pour toute personne ayant reçu des prestations d'assurance salaire de courte durée, l'assureur émettra un relevé pour l'impôt.

Qui donne lieu aux avantages imposables :

Montant des avantages imposables qui représentent la subvention du ministère qui sert à réduire la prime de la garantie de soins médicaux à la condition que l'assurée soit admissible à cette subvention. Ces informations doivent être conservées par l'employeur puisque ces montants devront être comptabilisés en fin d'année afin de préparer les feuillets fiscaux de chacune des employées. Aucune compilation annuelle ne sera envoyée par l'assureur à la fin de l'année.

Pour toutes questions concernant les avantages imposables ou non imposables, nous vous référons à Revenu Québec et Revenu Canada.

6.3 EXEMPLE DE CALCUL DE PRIMES MENSUELLES (taux en vigueur au 1^{er} avril 2017 incluant la taxe)

Si l'adhérente est en absence temporaire, nous vous invitons à consulter la section « [Absence temporaire du travail](#) » (section 7) afin d'ajuster le prélèvement des primes d'assurance, selon le type d'absence, sur la paie de l'adhérente.

Détermination du salaire assurable :

Supposons un taux horaire de 23,00 \$ et un horaire de 32 heures par semaine

- taux horaire x horaire hebdomadaire de travail x 52 semaines
- 23,00 \$ x 32 heures x 52 semaines = **38 272 \$**

6.3.1 Assurance vie de base de l'adhérente

Comme l'assurance vie de base de l'adhérente est égale à une fois le salaire et arrondi au 1 000 \$ supérieur, nous avons une protection de 39 000 \$

- taux en vigueur 0,1283 \$ par 1 000 \$ de salaire annuel brut
- 0,1299 \$ x 38 272 \$ ÷ 1 000 \$ = **4,97 \$**

6.3.2 Mutilation accidentelle

Même montant de protection que pour l'assurance vie

- taux en vigueur 0,0083 \$ par 1 000 \$ de salaire annuel brut
- $0,0083 \$ \times 38\,272 \$ \div 1\,000 \$ = \mathbf{0,32 \$}$

6.3.3 Assurance salaire de courte durée (prestations imposables)

Le salaire annuel étant 38 272 \$ ÷ par 52 semaines = 736,00 \$ de salaire hebdomadaire

La prestation sera de 75 % arrondie au 1 \$ supérieur = 552 \$

- taux en vigueur 1,7707 \$ par 1 000 \$ de salaire annuel brut
- $1,771 \$ \times 38\,272 \$ \div 1\,000 \$ = \mathbf{67,78 \$}$

6.3.4 Assurance salaire de longue durée (prestations non imposables)

Le salaire annuel égale 38 272 \$

La prestation mensuelle sera de :

$66\frac{2}{3} \% \text{ des premiers } 24\,000 \$ = 24\,000 \$ / 12 \times 66\frac{2}{3} \% = 1\,333,33 \$$
 $55 \% \text{ de } (38\,272 \$ - 24\,000 \$ = 14\,272 \$) = 14\,272 \$ / 12 \times 55 \% = 654,13 \$$
La rente mensuelle totale sera de 1 987,46 \$

- taux en vigueur 1,896 \$ par 1 000 \$ de salaire annuel brut
- $1,896 \$ \times 38\,272 \$ \div 1\,000 \$ = \mathbf{72,56 \$}$
(la prime totale est payable par l'adhérente)

6.3.5 Autres garanties

Les primes pour les garanties suivantes sont fixes et sont déterminées en fonction du module choisi et du choix du type de protection de l'employée (individuelle, monoparentale ou familiale) :

- assurance vie et mutilation accidentelle des personnes à charge;
- soins médicaux;
- soins dentaires.

6.3.6 Taxe de vente

La taxe de vente provinciale est incluse dans les taux de prime.

Pour l'assurance salaire de courte durée, la taxe est incluse et payée par la subvention du ministère. Pour la partie subventionnée du ministère pour l'assurance soins médicaux, la taxe est assumée par l'adhérente. Ces situations s'appliquent à la condition que l'assurée soit admissible à la subvention du ministère.

6.3.7 Tableaux des taux de primes en vigueur

Voir tableaux aux pages suivantes.

TAUX DE PRIME MENSUELS EN VIGUEUR DU 1^{ER} AVRIL 2017 AU 31 MARS 2018 (incluant la taxe)**RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX – MODULE A**

	Taux de prime	Subvention ministère	Retenue salariale*
Moins de 65 ans			
Protection individuelle	87,67 \$	61,61 \$	26,06 \$
Protection monoparentale	119,08 \$	83,68 \$	35,40 \$
Protection familiale	155,82 \$	109,49 \$	46,33 \$
65 ans et plus inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	54,75 \$	50,23 \$**	4,52 \$
Protection monoparentale	81,48 \$	74,75 \$**	6,73 \$
Protection familiale	96,51 \$	88,54 \$**	7,97 \$
65 ans et plus non inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	414,45 \$	61,61 \$	352,84 \$
Protection monoparentale	621,03 \$	83,68 \$	537,35 \$
Protection familiale	815,91 \$	109,49 \$	706,42 \$

* Ces primes incluent la taxe de vente de 9 %

** La subvention du ministère ne peut excéder le montant de la prime du régime de soins médicaux

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX – MODULE B

	Taux de prime	Subvention ministère	Retenue salariale*
Moins de 65 ans			
Protection individuelle	117,95 \$	66,31 \$	51,64 \$
Protection monoparentale	158,93 \$	89,34 \$	69,59 \$
Protection familiale	212,15 \$	119,25 \$	92,90 \$
65 ans et plus inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	84,92 \$	66,31 \$	18,61 \$
Protection monoparentale	121,18 \$	89,34 \$	31,84 \$
Protection familiale	152,63 \$	119,25 \$	33,38 \$
65 ans et plus non inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	444,62 \$	66,31 \$	378,31 \$
Protection monoparentale	660,73 \$	89,34 \$	571,39 \$
Protection familiale	872,03 \$	119,25 \$	752,78 \$

* Ces primes incluent la taxe de vente de 9 %

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX – MODULE C

	Taux de prime	Subvention ministère	Retenue salariale*
Moins de 65 ans			
Protection individuelle	146,66 \$	66,31 \$	80,35 \$
Protection monoparentale	195,93 \$	89,34 \$	106,59 \$
Protection familiale	262,13 \$	119,25 \$	142,88 \$
65 ans et plus inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	113,63 \$	66,31 \$	47,32 \$
Protection monoparentale	158,18 \$	89,34 \$	68,84 \$
Protection familiale	202,61 \$	119,25 \$	83,36 \$
65 ans et plus non inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	473,33 \$	66,31 \$	407,02 \$
Protection monoparentale	697,73 \$	89,34 \$	608,39 \$
Protection familiale	922,01 \$	119,25 \$	802,76 \$

* Ces primes incluent la taxe de vente de 9 %

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

	Module B	Module C
Protection individuelle	21,68 \$	37,07 \$
Protection monoparentale	33,25 \$	57,86 \$
Protection familiale	52,15 \$	89,27 \$

RÉGIMES D'ASSURANCE SALAIRE

Assurance salaire de courte durée	1,771 \$ par 1 000 \$ de salaire brut (prime totale subventionnée par le ministère de la Famille)
Assurance salaire de longue durée	1,896 \$ par 1 000 \$ de salaire annuel brut

RÉGIMES D'ASSURANCE VIE ET MUTILATION ACCIDENTELLE

Assurance vie de base de l'adhérente	0,1299 \$ par 1 000 \$ de salaire annuel brut
MA de l'adhérente	0,0083 \$ par 1 000 \$ de salaire annuel brut
Assurance vie et MA des personnes à charge	1,49 \$ - protection familiale 0,77 \$ - protection monoparentale

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENTE

Le taux est calculé selon l'âge de l'adhérente par 1 000 \$ de protection	
Moins de 35 ans	0,048 \$
35 à 39 ans	0,061 \$
40 à 44 ans	0,100 \$
45 à 49 ans	0,167 \$
50 à 54 ans	0,282 \$
55 à 59 ans	0,459 \$
60 à 64 ans	0,700 \$

La taxe de vente de 9 % est incluse dans ces taux de prime

TAUX DE PRIME MENSUELS EN VIGUEUR DU 1^{ER} AVRIL 2016 AU 31 MARS 2017 (incluant la taxe)

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX – MODULE A

	Taux de prime	Subvention ministère	Retenue salariale*
Moins de 65 ans			
Protection individuelle	85,12 \$	63,84 \$	21,28 \$
Protection monoparentale	115,62 \$	86,71 \$	28,91 \$
Protection familiale	151,28 \$	113,46 \$	37,82 \$
65 ans et plus inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	53,16 \$	48,77 \$**	4,39 \$
Protection monoparentale	79,10 \$	72,57 \$**	6,53 \$
Protection familiale	93,70 \$	85,96 \$**	7,74 \$
65 ans et plus non inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	412,86 \$	63,84 \$	349,02 \$
Protection monoparentale	618,65 \$	86,71 \$	531,94 \$
Protection familiale	813,10 \$	113,46 \$	699,64 \$

* Ces primes incluent la taxe de vente de 9 %

** La subvention du ministère ne peut excéder le montant de la prime du régime de soins médicaux

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX – MODULE B

	Taux de prime	Subvention ministère	Retenue salariale*
Moins de 65 ans			
Protection individuelle	114,52 \$	68,71 \$	45,81 \$
Protection monoparentale	154,30 \$	92,58 \$	61,72 \$
Protection familiale	205,97 \$	123,58 \$	82,39 \$
65 ans et plus inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	82,45 \$	68,71 \$	13,74 \$
Protection monoparentale	117,64 \$	92,58 \$	25,06 \$
Protection familiale	148,19 \$	123,58 \$	24,61 \$
65 ans et plus non inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	442,15 \$	68,71 \$	373,44 \$
Protection monoparentale	657,19 \$	92,58 \$	564,61 \$
Protection familiale	867,59 \$	123,58 \$	744,01 \$

* Ces primes incluent la taxe de vente de 9 %

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX – MODULE C

	Taux de prime	Subvention ministère	Retenue salariale*
Moins de 65 ans			
Protection individuelle	142,39 \$	68,71 \$	73,68 \$
Protection monoparentale	190,22 \$	92,58 \$	97,64 \$
Protection familiale	254,50 \$	123,58 \$	130,92 \$
65 ans et plus inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	110,32 \$	68,71 \$	40,61 \$
Protection monoparentale	153,57 \$	92,58 \$	60,99 \$
Protection familiale	196,71 \$	123,58 \$	73,13 \$
65 ans et plus non inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	470,02 \$	68,71 \$	401,31 \$
Protection monoparentale	693,12 \$	92,58 \$	600,54 \$
Protection familiale	916,11 \$	123,58 \$	792,53 \$

* Ces primes incluent la taxe de vente de 9 %

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

	Module B	Module C
Protection individuelle	22,79 \$	38,98 \$
Protection monoparentale	34,96 \$	60,83 \$
Protection familiale	54,83 \$	93,87 \$

RÉGIMES D'ASSURANCE SALAIRE

Assurance salaire de courte durée	1,680 \$ par 1 000 \$ de salaire brut (prime totale subventionnée par le ministère de la Famille)
Assurance salaire de longue durée	1,779 \$ par 1 000 \$ de salaire annuel brut

RÉGIMES D'ASSURANCE VIE ET MUTILATION ACCIDENTELLE

Assurance vie de base de l'adhérente	0,1283 \$ par 1 000 \$ de salaire annuel brut
MA de l'adhérente	0,0083 \$ par 1 000 \$ de salaire annuel brut
Assurance vie et MA des personnes à charge	1,47 \$ - protection familiale 0,77 \$ - protection monoparentale

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENTE

Le taux est calculé selon l'âge de l'adhérente par 1 000 \$ de protection	
Moins de 35 ans	0,048 \$
35 à 39 ans	0,061 \$
40 à 44 ans	0,100 \$
45 à 49 ans	0,167 \$
50 à 54 ans	0,282 \$
55 à 59 ans	0,459 \$
60 à 64 ans	0,700 \$

La taxe de vente de 9 % est incluse dans ces taux de prime

TAUX DE PRIME MENSUELS EN VIGUEUR DU 1^{ER} AVRIL 2015 AU 31 MARS 2016 (incluant la taxe)

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX – MODULE A

	Taux de prime	Subvention ministère	Retenue salariale*
Moins de 65 ans			
Protection individuelle	77,43 \$	45,04 \$	32,38 \$
Protection monoparentale	110,43 \$	65,31 \$	45,12 \$
Protection familiale	137,47 \$	81,08 \$	56,39 \$
65 ans et plus inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	48,36 \$	45,04 \$	3,99 \$
Protection monoparentale	75,55 \$	65,31 \$	10,24 \$
Protection familiale	85,14 \$	81,08 \$	7,03 \$
65 ans et plus non inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	375,36 \$	45,04 \$	330,31 \$
Protection monoparentale	566,05 \$	65,31 \$	500,74 \$
Protection familiale	739,14 \$	81,08 \$	658,07 \$

* Ces primes incluent la taxe de vente de 9 %

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX – MODULE B

	Taux de prime	Subvention ministère	Retenue salariale*
Moins de 65 ans			
Protection individuelle	103,80 \$	49,55 \$	54,25 \$
Protection monoparentale	146,87 \$	72,07 \$	74,80 \$
Protection familiale	186,51 \$	90,08 \$	96,43 \$
65 ans et plus inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	74,73 \$	49,55 \$	25,18 \$
Protection monoparentale	111,97 \$	72,07 \$	39,91 \$
Protection familiale	134,19 \$	90,08 \$	44,10 \$
65 ans et plus non inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	401,73 \$	49,55 \$	352,18 \$
Protection monoparentale	602,47 \$	72,07 \$	530,41 \$
Protection familiale	788,19 \$	90,08 \$	698,10 \$

* Ces primes incluent la taxe de vente de 9 %

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX – MODULE C

	Taux de prime	Subvention ministère	Retenue salariale*
Moins de 65 ans			
Protection individuelle	129,07 \$	49,55 \$	79,52 \$
Protection monoparentale	181,05 \$	72,07 \$	108,98 \$
Protection familiale	230,46 \$	90,08 \$	140,37 \$
65 ans et plus inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	99,99 \$	49,55 \$	50,45 \$
Protection monoparentale	146,16 \$	72,07 \$	74,10 \$
Protection familiale	178,13 \$	90,08 \$	88,05 \$
65 ans et plus non inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	426,99 \$	49,55 \$	377,45 \$
Protection monoparentale	636,66 \$	72,07 \$	564,60 \$
Protection familiale	832,13 \$	90,08 \$	742,05 \$

* Ces primes incluent la taxe de vente de 9 %

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

	Module B	Module C
Protection individuelle	27,84 \$	47,62 \$
Protection monoparentale	41,12 \$	71,57 \$
Protection familiale	63,62 \$	108,91 \$

RÉGIMES D'ASSURANCE SALAIRE

Assurance salaire de courte durée	1,846 \$ par 1 000 \$ de salaire brut (prime totale subventionnée par le ministère de la Famille)
Assurance salaire de longue durée	1,414 \$ par 1 000 \$ de salaire annuel brut

RÉGIMES D'ASSURANCE VIE ET MUTILATION ACCIDENTELLE

Assurance vie de base de l'adhérente	0,098 \$ par 1 000 \$ de salaire annuel brut
MA de l'adhérente	0,008 \$ par 1 000 \$ de salaire annuel brut
Assurance vie et MA des personnes à charge	1,14 \$ - protection familiale 0,60 \$ - protection monoparentale

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENTE

Le taux est calculé selon l'âge de l'adhérente par 1 000 \$ de protection	
Moins de 35 ans	0,048 \$
35 à 39 ans	0,061 \$
40 à 44 ans	0,100 \$
45 à 49 ans	0,167 \$
50 à 54 ans	0,282 \$
55 à 59 ans	0,459 \$
60 à 64 ans	0,700 \$

La taxe de vente de 9 % est incluse dans ces taux de prime

TAUX DE PRIME MENSUELS EN VIGUEUR DU 1^{ER} AVRIL 2014 AU 31 MARS 2015 (incluant la taxe)

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX – MODULE A

	Taux de prime	Subvention ministère	Retenue salariale*
Moins de 65 ans			
Protection individuelle	72,57 \$	39,17 \$	33,40 \$
Protection monoparentale	103,52 \$	56,79 \$	46,73 \$
Protection familiale	128,86 \$	70,50 \$	58,36 \$
65 ans et plus inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	45,32 \$	39,17 \$	6,15 \$
Protection monoparentale	65,69 \$	56,79 \$	8,90 \$
Protection familiale	81,58 \$	70,50 \$	11,08 \$
65 ans et plus non inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	372,33 \$	39,17 \$	333,15 \$
Protection monoparentale	556,21 \$	56,79 \$	499,42 \$
Protection familiale	735,58 \$	70,50 \$	665,08 \$

* Ces primes incluent la taxe de vente de 9 %

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX – MODULE B

	Taux de prime	Subvention ministère	Retenue salariale*
Moins de 65 ans			
Protection individuelle	90,30 \$	43,08 \$	54,22 \$
Protection monoparentale	137,67 \$	62,67 \$	75,00 \$
Protection familiale	174,84 \$	78,33 \$	96,51 \$
65 ans et plus inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	70,05 \$	43,08 \$	26,97 \$
Protection monoparentale	104,97 \$	62,67 \$	42,30 \$
Protection familiale	125,79 \$	78,33 \$	47,46 \$
65 ans et plus non inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	397,05 \$	43,08 \$	353,97 \$
Protection monoparentale	595,47 \$	62,67 \$	532,80 \$
Protection familiale	779,79 \$	78,33 \$	701,46 \$

* Ces primes incluent la taxe de vente de 9 %

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX – MODULE C

	Taux de prime	Subvention ministère	Retenue salariale*
Moins de 65 ans			
Protection individuelle	120,99 \$	43,08 \$	77,91 \$
Protection monoparentale	169,71 \$	62,67 \$	107,04 \$
Protection familiale	216,03 \$	78,33 \$	137,70 \$
65 ans et plus inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	93,74 \$	43,08 \$	50,66 \$
Protection monoparentale	137,01 \$	62,67 \$	74,34 \$
Protection familiale	166,98 \$	78,33 \$	88,65 \$
65 ans et plus non inscrite à la RAMQ			
Protection individuelle	420,74 \$	43,08 \$	377,66 \$
Protection monoparentale	627,51 \$	62,67 \$	564,84 \$
Protection familiale	820,98 \$	78,33 \$	742,65 \$

* Ces primes incluent la taxe de vente de 9 %

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

	Module B	Module C
Protection individuelle	26,11 \$	44,64 \$
Protection monoparentale	38,55 \$	67,09 \$
Protection familiale	59,63 \$	102,09 \$

RÉGIMES D'ASSURANCE SALAIRE

Assurance salaire de courte durée	1,817 \$ par 1 000 \$ de salaire brut (prime totale subventionnée par le ministère de la Famille)
Assurance salaire de longue durée	1,392 \$ par 1 000 \$ de salaire annuel brut

RÉGIMES D'ASSURANCE VIE ET MUTILATION ACCIDENTELLE

Assurance vie de base de l'adhérente	0,097 \$ par 1 000 \$ de salaire annuel brut
MA de l'adhérente	0,0082 \$ par 1 000 \$ de salaire annuel brut
Assurance vie et MA des personnes à charge	1,12 \$ - protection familiale 0,59 \$ - protection monoparentale

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENTE

Le taux est calculé selon l'âge de l'adhérente par 1 000 \$ de protection	
Moins de 35 ans	0,048 \$
35 à 39 ans	0,061 \$
40 à 44 ans	0,100 \$
45 à 49 ans	0,167 \$
50 à 54 ans	0,282 \$
55 à 59 ans	0,459 \$
60 à 64 ans	0,700 \$

La taxe de vente de 9 % est incluse dans ces taux de prime



Pour la période du 1^{er} avril 2016 au 30 avril 2016

Bordereau de paiement

COMPTE 12345678 – CPE DE L'ENFANCE

Date du relevé

Prime pour la période
Solde précédent

Montant total dû

Vous devez payer le montant indiqué à la case « Montant total dû ». Ce montant est payable à la date du présent relevé.

Si il y a lieu, veuillez nous aviser des changements à apporter. Ils figureront sur votre prochain relevé.

Le paiement doit nous parvenir avant la fin du délai de grâce prévu à votre contrat, sans quoi l'assurance des adhérents pourrait être suspendue pour cause de non-paiement de primes.

Veuillez libeller votre chèque au nom de Desjardins Sécurité financière et le retourner à l'adresse suivante :

Desjardins Sécurité financière
C.P. 3000
Lévis (Québec) G6V 9X8

MADAME LA DIRECTRICE
CPE DE L'ENFANCE
10, RUE BOUT DE CHOU
QUÉBEC (QC)
G1G 1G1

COPIE À CONSERVER POUR VOS DOSSIERS

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



Relevé des primes de l'assurance collective

COMPTE 12345678 – CPE DE L'ENFANCE

Pour la période du 1^{er} avril 2016 au 30 avril 2016

Page 1

NOM	CODE FACT.	N° IDENT.	CAT.	VIE	M.A.	SALAIRE L.D.	ASSUR. MEDIC.AM.	FRAIS DENT.	TAXE	CODE AJUST.	PRIME TOTALE INCLUANT LA TAXE



Sommaire du relevé

Pour la période du 1^{er} avril 2016 au 30 avril 2016

COMPTE 12345678 – CPE DE L'ENFANCE

Page 1

CODE FACT.	VIE	M.A.	SALAIRE L.D.	ASSUR. MEDICAM.	FRAIS DENT.	TAXE

Nombre
d'adhérents

Codes de facturation et codes d'ajustement

CODES DE FACTURATION
P Prime
V Volume
A Ajustement
E Primes exonérées
X Ajustement de primes exonérées

CODES D'AJUSTEMENT
A Départéés
B Nouvel adhérent/remise en vigueur
C Fin d'exonération des primes
D Début d'exonération des primes
E Modification dans les garanties
F Changement du type de protection
G Changement d'âge
H Changement du taux de prime
I Changement de salaire
J Autre



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE



Relevé des subventions et avantages imposables
Ministère de la Famille

Pour la période du 1^{er} avril 2016 au 30 avril 2016

COMPTE 12345678 – CPE DE L'ENFANCE

Page 1

NOM	CODE FACT.	N° IDENT.	CAT.	SUBVENTION MINISTERE		AVANTAGES IMPOSABLES SOINS MEDICAUX SUBVENTION MINISTERE
				SALAIRE C.D.	TAXE	

Subventions présentées à titre informatif seulement
 Ceci n'est pas une facture

7. ABSENCE TEMPORAIRE DU TRAVAIL

Lors d'une absence temporaire pour une des raisons énumérées ci-dessous, des arrangements administratifs doivent être pris **avant le départ** pour qu'il n'y ait pas d'interruption de protection pour non-paiement des primes. Vous devez en informer l'assureur avant le début de l'absence de l'employée.

7.1 ENTENTE ENTRE ADHÉRENTE ET EMPLOYEUR

Il est bon qu'une entente formelle soit prise entre l'adhérente et l'employeur et elle doit spécifier les éléments suivants :

- le type d'absence;
- les dates de début et de fin de l'absence;
- l'engagement de l'adhérente à continuer de payer les primes du régime d'assurance collective;
- la signature de l'adhérente et celle de l'employeur.

7.1.1 Absence avec rémunération

La participation de l'adhérente est maintenue et elle continue d'être assurée, de même que ses personnes à charge, le cas échéant. Les primes continuent d'être versées à l'assureur selon les dispositions de partage des coûts en vigueur au début de l'absence.

Lors d'une libération syndicale pour laquelle l'employeur verse le traitement de la travailleuse et se fait rembourser par le syndicat, les primes doivent continuer d'être versées à l'assureur selon les dispositions de partage des coûts en vigueur au début de la libération syndicale.

La subvention pour l'assurance collective du ministère accordée pour la durée complète de l'absence rémunérée.

7.1.2 Congé sans solde d'une durée de quatre semaines ou moins

L'assurance de l'adhérente et, s'il y a lieu, de ses personnes à charge, demeure en vigueur comme si l'employée était toujours au travail sur la base des protections en vigueur le jour précédant la date du début du congé sans solde.

Toutefois, la subvention pour l'assurance collective du ministère n'est pas accordée pour la durée complète du congé sans solde.

Toute invalidité débutant durant le congé sans solde est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérente.

7.1.3 Congé sans solde d'une durée de plus de quatre semaines

La participation **de l'employée titulaire d'un poste permanent et de l'employée non titulaire d'un poste permanent** aux soins médicaux du module choisi est maintenue pour toute la durée du congé sans solde tant qu'il existe un lien d'emploi,

conformément aux dispositions prévues à la Loi sur l'assurance médicaments dans la mesure où les primes sont payées.

La participation de **l'employée titulaire d'un poste permanent** et, s'il y a lieu, de ses personnes à charge, aux autres garanties est suspendue. La participation de l'adhérente reprend automatiquement et elle recommence à être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu, dès son retour au travail, et ce, sur la base des protections en vigueur le jour précédant la date du début du congé concerné.

Toutefois, l'employée titulaire d'un poste permanent peut maintenir sa participation aux autres garanties pour une période maximale de 3 mois en le signifiant par écrit à l'employeur avant le début du congé et pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

Lors d'un congé sans solde, la prime de toute adhérente qui est une employée titulaire d'un poste permanent est en fonction du salaire à la date du début du congé et il en est de même des prestations.

Toute invalidité débutant durant le congé sans solde est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérente.

Après la période maximale de 3 mois mentionnée précédemment, l'assurance de l'employée titulaire d'un poste permanent et, s'il y a lieu, de ses personnes à charge, est suspendue. Toutefois, elle reprend d'office dès le retour effectif au travail avec rémunération de l'adhérente.

L'employée non titulaire d'un poste permanent et, s'il y a lieu, ses personnes à charge, cessent d'être admissibles aux autres garanties après une durée totale d'interruption de service de 4 semaines par année. Si la durée prévue de l'absence est supérieure à 4 semaines, l'employée cesse d'être admissible aux autres garanties dès le début de l'absence.

La subvention pour l'assurance collective du ministère n'est pas accordée pour la durée complète du congé sans solde.

7.1.4 Congé sans solde pour obligations familiales

L'assurance demeure en vigueur comme si l'adhérente était toujours au travail, pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur et pour la durée maximale prévue aux Normes du travail. La participation de l'adhérente est maintenue tant qu'il existe un lien d'emploi, mais elle ne peut en aucun cas excéder une période de 24 mois consécutifs.

La subvention pour l'assurance collective du ministère est accordée pour la durée maximale prévue aux Normes du travail, soit jusqu'à 104 semaines.

7.1.5 Retrait préventif indemnisé par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (CNESST)

L'assurance demeure en vigueur comme si l'adhérente était toujours au travail sur la base des protections en vigueur le jour précédant la date du début de l'absence, et ce, pour toute la période du retrait préventif, pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur selon les dispositions de partage des coûts en vigueur au début de l'absence.

La subvention pour l'assurance collective du ministère est accordée pour la durée complète de l'absence.

7.1.6 Autres absences indemnisées par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (CNESST), la Loi sur l'assurance automobile (SAAQ) ou la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)

L'assurance demeure en vigueur comme si l'adhérente était toujours au travail sur la base des protections en vigueur le jour précédant la date du début de l'absence, pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur pour toute la période du délai de carence de l'assurance salaire de longue durée.

La subvention pour l'assurance collective du ministère est accordée pour la période du délai de carence de l'assurance salaire de longue durée.

7.1.7 Congé de maternité

L'assurance de l'adhérente et, s'il y a lieu, de ses personnes à charge, demeure en vigueur comme si l'employée était toujours au travail sur la base des protections en vigueur le jour précédant la date du début du congé de maternité. L'assurance est maintenue en vigueur pour une période maximale de 20 semaines pour l'adhérente admissible au régime de congés de maternité du personnel des CPE et des garderies dans la mesure où les primes sont payées.

Si l'adhérente n'est pas admissible à ce régime de congés de maternité, sa participation à la garantie soins médicaux du Module détenu est maintenue en vigueur pour toute la durée du congé de maternité et tant qu'il existe un lien d'emploi conformément aux dispositions prévues à la Loi sur l'assurance médicaments. La participation aux autres garanties est maintenue en vigueur pour une période maximale égale à celle prévue dans la Loi sur les normes du travail dans la mesure où les primes sont payées.

Toute invalidité débutant durant le congé de maternité est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérente.

La subvention pour l'assurance collective du ministère est accordée pour la durée complète du congé de maternité.

7.1.8 Congé de paternité

L'assurance de l'adhérent et, s'il y a lieu, de ses personnes à charge, demeure en vigueur comme si l'employé était toujours au travail sur la base des protections en vigueur le jour précédant la date du début du congé de paternité. L'assurance est maintenue en vigueur pour une période maximale de 5 semaines, pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

Toute invalidité débutant durant le congé de paternité est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérent.

La subvention pour l'assurance collective du ministère est accordée pour la durée complète du congé de paternité.

7.1.9 Prolongation de congé de maternité et prolongation de congé de paternité (congé parental) congé d'adoption

La participation à la garantie soins médicaux du Module détenu **de l'employée titulaire d'un poste permanent et de l'employée non titulaire d'un poste permanent** est maintenue pour toute la durée de la prolongation du congé de maternité, du congé d'adoption, du congé de paternité ou du congé parental tant qu'il existe un lien d'emploi, conformément aux dispositions prévues à la Loi sur l'assurance médicaments, dans la mesure où les primes sont payées.

La participation de **l'employée titulaire d'un poste permanent** et, s'il y a lieu, de ses personnes à charge, aux autres garanties est maintenue en vigueur pour une période maximale de 24 mois **pour autant que l'adhérente en fasse la demande avant le début du congé** dans la mesure où les primes sont payées.

Après la période maximale de 24 mois mentionnée précédemment, l'assurance de l'adhérente et, s'il y a lieu, de ses personnes à charge, est suspendue. Toutefois, elle reprend d'office dès le retour effectif au travail avec rémunération de l'adhérente.

Lors d'un tel congé, la prime de toute adhérente qui est une employée titulaire d'un poste permanent est en fonction du salaire à la date du début du congé et il en est de même des prestations.

L'employée non titulaire d'un poste permanent et, s'il y a lieu, ses personnes à charge, cessent d'être admissibles aux autres garanties après une durée totale d'interruption de service de 4 semaines par année. Si la durée prévue de l'absence est supérieure à 4 semaines, l'employée cesse d'être admissible aux autres garanties dès le début de l'absence.

Toute invalidité débutant durant le congé est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérente.

La subvention pour l'assurance collective du ministère est accordée selon la durée indiquée au tableau à la fin de la présente section.

7.1.10 Mise à pied temporaire

Les règles applicables au congé sans solde s'appliquent (voir paragraphes 7.1.2 et 7.1.3). Toutefois, la durée maximale de 3 mois pour le maintien des protections de l'employée titulaire d'un poste permanent s'applique également pour la garantie soins médicaux du Module détenu.

La subvention pour l'assurance collective du ministère n'est pas accordée pour la durée complète de la mise à pied temporaire.

7.1.11 Régime de congé à traitement différé (pour l'employée titulaire d'un poste permanent)

La participation au régime d'assurance collective est maintenue pour la durée totale du congé et le salaire assuré est basé sur le salaire réduit. Ce salaire réduit doit être confirmé dès la signature de l'entente afin que l'assureur puisse ajuster la facturation en conséquence, de même que la période de contribution ainsi que la période de congé prévue à l'entente.

La subvention pour l'assurance collective du ministère est accordée pour la durée totale du congé à traitement différé et est basée sur le salaire réduit durant ce congé.

Toute invalidité débutant durant le congé est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérente.

7.1.12 Congé sans solde partiel

La participation de l'adhérente est maintenue et elle continue d'être assurée, de même que ses personnes à charge, le cas échéant, à la condition qu'elle continue de répondre aux critères d'admissibilité du régime d'assurance collective (minimum 20 heures/semaine travaillées) durant le congé sans solde partiel.

La participation au régime d'assurance collective est maintenue pour la durée totale du congé et le salaire assuré est basé sur le salaire réduit. Ce salaire réduit doit être confirmé dès la signature de l'entente afin que l'assureur puisse ajuster la facturation en conséquence.

Si l'adhérente ne répond plus aux critères d'admissibilité du régime d'assurance collective, les règles applicables sont les mêmes que celles d'un congé sans solde de plus de 4 semaines (paragraphe 7.1.3).

Le salaire assurable est celui effectivement reçu par l'adhérente durant le congé sans solde partiel.

La subvention pour l'assurance collective du ministère est accordée sur le salaire assurable que l'adhérente reçoit durant le congé sans solde partiel.

7.1.13 Grève, lock-out ou cessation concertée de travail

POUR LES SOINS MÉDICAUX DU MODULE CHOISI :

- **Dans le cas d'une grève, d'un lock-out ou d'une cessation concertée de travail d'une durée de 30 jours et moins**, la participation est maintenue comme si l'adhérente était toujours au travail sur la base des protections en vigueur le jour précédant la date du début de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée de travail et pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur.
- **Dans le cas d'une grève, d'un lock-out ou d'une cessation concertée de travail d'une durée de plus de 30 jours**, la participation à cette garantie est facultative à compter de la 31^e journée pour chaque établissement concerné. S'il est décidé à maintenir l'assurance en vigueur, elle le sera pendant toute la durée de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée de travail pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur. La décision doit être prise de manière concertée entre les membres du syndicat. Une seule décision est possible pour l'ensemble des adhérentes visées.

POUR LES AUTRES GARANTIES :

- **Dans le cas d'une grève, d'un lock-out ou d'une cessation concertée de travail d'une durée de 14 jours et moins**, la participation est maintenue comme si l'adhérente était toujours au travail sur la base des protections en vigueur le jour précédant la date du début de la grève, du lock-out ou de la

cessation concertée de travail et pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur. La décision doit être prise de manière concertée entre les membres du syndicat. Une seule décision est possible pour l'ensemble des adhérentes visées.

- **Dans le cas d'une grève, d'un lock-out ou d'une cessation concertée de travail d'une durée de plus de 14 jours**, la participation aux garanties est facultative à compter de la 15^e journée pour chaque établissement concerné. S'il est décidé de maintenir l'assurance en vigueur, elle le sera pendant toute la durée de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée de travail pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur et que la demande parvienne à l'assureur au plus tard dans les 14 jours du début de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée de travail.

Toute invalidité débutant durant la grève, le lock-out ou la cessation concertée de travail est alors reconnue et est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérente.

La subvention pour l'assurance collective du ministère n'est pas accordée pour la durée complète de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée de travail.

7.1.14 Absence sans rémunération (tout type d'absence non prévue au présent guide)

Lors d'absence sans rémunération autre que celles considérées précédemment, l'assurance est suspendue et reprend automatiquement dès le retour effectif au travail de l'employée titulaire d'un poste permanent avec rémunération à l'exception de la garantie soins médicaux du Module détenu qui est obligatoirement maintenue en vigueur pour toute la durée de l'absence et tant qu'il existe un lien d'emploi, conformément aux dispositions prévues à la Loi sur l'assurance médicaments, pour autant que les primes continuent d'être versées à l'assureur.

L'employée non titulaire d'un poste permanent et, s'il y a lieu, ses personnes à charge, cessent d'être admissibles aux autres garanties après une durée totale d'interruption de service de 4 semaines par année, à l'exception de la garantie soins médicaux du Module détenu qui est obligatoirement maintenue en vigueur pour toute la durée de l'absence et tant qu'il existe un lien d'emploi. Si la durée prévue de l'absence est supérieure à 4 semaines, l'employée cesse d'être admissible aux autres garanties dès le début de l'absence.

La subvention pour l'assurance collective du ministère n'est pas accordée pour la durée complète de l'absence sans rémunération.

7.1.15 Tableaux du ministère

Trois tableaux préparés par le ministère sont joints à cette section et concernent les particularités qui s'appliquent à différentes situations et à l'admissibilité à la subvention :

- Maintien de l'adhésion à la garantie d'assurance soins médicaux du module choisi – **employée titulaire d'un poste permanent et employée non titulaire d'un poste permanent et leurs personnes à charge;**
- Maintien de l'adhésion au régime d'assurance collective et à la subvention pour le volet assurance collective – **employée titulaire d'un poste permanent;**

- Maintien de l'adhésion au régime d'assurance collective et à la subvention pour le volet assurance collective – **employée non titulaire d'un poste permanent.**

SUBVENTION DU MINISTÈRE POUR LA PARTICIPATION DES EMPLOYÉES DES CENTRES DE LA PETITE ENFANCE ET DES GARDERIES SUBVENTIONNÉES AUX RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE ET DE CONGÉS DE MATERNITÉ

MAINTIEN DE L'ADHÉSION À LA GARANTIE D'ASSURANCE SOINS MÉDICAUX
DU MODULE CHOISI *EMPLOYÉE TITULAIRE D'UN POSTE PERMANENT ET L'EMPLOYÉE NON TITULAIRE D'UN POSTE PERMANENT* ET LEURS PERSONNES À CHARGE

SITUATION DE L'EMPLOYÉE (PERSONNEL ASSURÉ AVEC DSF)	MAINTIEN DE L'ADHÉSION À LA GARANTIE	DURÉE DU MAINTIEN DE L'ADHÉSION
Congé annuel rémunéré	Obligatoire	Durée du congé rémunéré
Congé sans solde	Obligatoire	Période pendant laquelle le lien d'emploi est maintenu
Mise à pied temporaire	Obligatoire	Période pendant laquelle le lien d'emploi est maintenu sujet à un maximum de 3 mois
Grève, lock-out et cessation concertée de travail de 30 jours et moins	Obligatoire	Durée de la grève, lock-out ou de la cessation concertée de travail
Grève, lock-out et cessation concertée de travail de plus de 30 jours	Facultatif par CPE ou garderie	À compter de la 31 ^e journée de grève, de lock-out ou de cessation concertée de travail
Congé sans solde partiel	Obligatoire	Durée totale du congé
Congé à traitement différé	Obligatoire	Durée totale du congé
Retrait préventif	Obligatoire	Durée totale du retrait
Congé de maternité	Obligatoire	Durée totale du congé
Congé de paternité	Obligatoire	Période pendant laquelle le lien d'emploi est maintenu
Prolongation de congé de maternité et prolongation du congé de paternité (congé parental)	Obligatoire	Période pendant laquelle le lien d'emploi est maintenu
Congé pour adoption	Obligatoire	Période pendant laquelle le lien d'emploi est maintenu
Libération syndicale prolongée	Obligatoire	Période pendant laquelle le lien d'emploi est maintenu
Congé de maladie	Obligatoire	Période pendant laquelle le lien d'emploi est maintenu

Note : Ce tableau résume les modalités d'application du contrat et ne peuvent, en aucun temps, avoir préséance sur le texte dudit contrat.

SUBVENTION DU MINISTÈRE POUR LA PARTICIPATION DES EMPLOYÉES DES CENTRES DE LA PETITE ENFANCE ET DES GARDERIES SUBVENTIONNÉES AUX RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE ET DE CONGÉS DE MATERNITÉ

MAINTIEN DE L'ADHÉSION AU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE ET À LA SUBVENTION DU MINISTÈRE POUR LE VOLET ASSURANCE COLLECTIVE EMPLOYÉE TITULAIRE D'UN POSTE PERMANENT

SITUATION DE L'EMPLOYÉE (PERSONNEL ASSURÉ AVEC DSF)	MAINTIEN DE L'ADHÉSION AU RÉGIME	DURÉE DU MAINTIEN DE L'ADHÉSION	ADMISSIBILITÉ À LA SUBVENTION
Congé annuel rémunéré	Obligatoire	Durée du congé rémunéré	Oui
Congé sans solde de 4 semaines ou moins	Obligatoire	Durée de l'absence	Non
Congé sans solde de plus de 4 semaines	Facultatif	Maximum de trois mois	Non
Mise à pied temporaire de 4 semaines ou moins	Obligatoire	Durée de l'absence	Non
Mise à pied temporaire de plus de 4 semaines	Facultatif	Maximum de trois mois	Non
Grève, lock-out ou cessation concertée de travail de 14 jours et moins	Obligatoire	Maximum de 14 jours	Non
Grève, lock-out ou cessation concertée de travail de plus de 14 jours	Facultatif par CPE ou garderie	Durée de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée de travail	Non
Congé sans solde partiel (minimum de 20 heures/semaine requises)	Obligatoire	Durée du congé correspondant au nombre d'heures travaillées	Oui
Congé à traitement différé	Obligatoire	Durée du congé correspondant au nombre d'heures travaillées	Oui
Retrait préventif	Obligatoire	Durée totale du retrait	Oui
Congé de maternité	Obligatoire	Maximum de 20 semaines	Oui
Congé de paternité	Facultatif	Maximum de 5 semaines	Oui * + (max. 5 sem.)
Prolongation de congé de maternité et prolongation congé de paternité (congé parental)	Facultatif	Maximum de 24 mois	Oui + (max. 50 sem.)
Congé pour adoption	Facultatif	Maximum de 24 mois	Oui * + (max. 52 sem.)
Congé sans solde pour obligations familiales (et prolongation)	Facultatif	Maximum de 24 mois	Oui * + (maximum 104 semaines)
Libération syndicale prolongée	Facultatif	Durée totale du mandat	Non *
Admissible aux prestations d'assurance salaire de courte durée, incluant les cas de CNESST, SAAQ et IVAC	Obligatoire	18 semaines	Oui
Admissible aux prestations d'assurance salaire de longue durée, incluant les cas de CNESST, SAAQ et IVAC	Automatique	Durée totale de l'invalidité totale jusqu'à l'âge de 65 ans	Non **

Note : Ce tableau résume les modalités d'application du contrat et ne peuvent, en aucun temps, avoir préséance sur le texte dudit contrat.

- * Le personnel bénéficiant du maintien d'adhésion durant ces absences n'est pas admissible aux prestations de maternité.
- + Durant ces types de congé, la subvention du ministère est maintenue pour la période maximale prévue à la Loi sur les normes du travail dans les cas où l'employée, tout en payant sa part habituelle, conserve la totalité des protections d'assurance qu'elle détenait au moment de la prise du congé.
- ** Primes payables par l'assureur pour toutes les protections assurées lors de l'événement ayant causé l'invalidité. Voir section 8 – [Exonération de primes](#)

SUBVENTION DU MINISTÈRE POUR LA PARTICIPATION DES EMPLOYÉES DES CENTRES DE LA PETITE ENFANCE ET DES GARDERIES SUBVENTIONNÉES AUX RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE ET DE CONGÉS DE MATERNITÉ

MAINTIEN DE L'ADHÉSION AU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE ET À LA SUBVENTION DU MINISTÈRE POUR LE VOLET ASSURANCE COLLECTIVE EMPLOYÉE NON TITULAIRE D'UN POSTE PERMANENT

SITUATION DE L'EMPLOYÉE (PERSONNEL ASSURÉ AVEC DSF)	MAINTIEN DE L'ADHÉSION AU RÉGIME	DURÉE DU MAINTIEN DE L'ADHÉSION	ADMISSIBILITÉ À LA SUBVENTION
Congé annuel rémunéré	Obligatoire	Durée du congé rémunéré	Oui
Congé sans solde de 4 semaines ou moins	Obligatoire	Durée de l'absence	Non
Congé sans solde de plus de 4 semaines	Non	Cesse de répondre aux conditions d'admissibilité	S/O
Mise à pied temporaire de 4 semaines ou moins	Obligatoire	Durée de l'absence	Non
Mise à pied temporaire de plus de 4 semaines	Non	Cesse d'être admissible	S/O
Grève, lock-out ou cessation concertée de travail de 14 jours et moins	Obligatoire	Maximum de 14 jours	Non
Grève, lock-out ou cessation concertée de travail de plus de 14 jours	Facultatif par CPE ou garderie	Durée de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée de travail	Non
Congé sans solde partiel (minimum 20 heures/semaine requises)	Obligatoire	Durée du congé correspondant au nombre d'heures travaillées	Oui
Retrait préventif	Obligatoire	Durée totale du retrait	Oui
Congé de maternité	Obligatoire	Maximum de 20 semaines	Oui
Congé de paternité	Obligatoire	Maximum de 5 semaines	Oui
Prolongation de congé de maternité ou prolongation congé paternité de plus de 4 semaines (congé parental)	Non	Cesse d'être admissible	S/O
Congé pour adoption de plus de 4 semaines	Non	Cesse d'être admissible	S/O
Libération syndicale prolongée	Non	Cesse d'être admissible	S/O
Admissible aux prestations d'assurance salaire de courte durée, incluant les cas de CNESST, SAAQ et IVAC	Obligatoire	18 semaines	Oui
Admissible aux prestations d'assurance salaire de longue durée, incluant les cas de CNESST, SAAQ et IVAC	Automatique	Durée totale de l'invalidité totale jusqu'à l'âge de 65 ans	Non **

Note : Ce tableau résume les modalités d'application du contrat et ne peuvent, en aucun temps, avoir préséance sur le texte dudit contrat.

* Le personnel bénéficiant du maintien d'adhésion durant ces absences n'est pas admissible aux prestations de maternité

** Primes payables par l'assureur pour toutes les protections assurées lors de l'événement ayant causé l'invalidité. Voir section 8 – [Exonération de primes](#)

7.2 PROCÉDURES À SUIVRE

Dans tous les cas suivants, étant donné que l'assurance est maintenue, un avis de l'employeur suffit :

- congé sans solde d'une durée de quatre semaines ou moins;
- mise à pied temporaire de quatre semaines ou moins;
- retrait préventif;
- congé de maternité;
- régime de congé à traitement différé;
- grève, lock-out ou cessation concertée de travail.

Par contre, l'adhérente doit faire un choix dans les situations suivantes :

- congé sans solde de plus de quatre semaines;
- mise à pied temporaire de plus de quatre semaines;
- prolongation de congé de maternité;
- congé d'adoption;
- congé de paternité;
- congé parental.

L'adhérente remplit le formulaire n° [01022F](#) « Demande de maintien ou de suspension de protection ».

L'adhérente doit remplir ce formulaire avant ou dès le début de son absence, en y spécifiant la nature du congé, la date prévue du retour au travail et son désir de maintenir en vigueur l'ensemble des garanties de son régime d'assurance collective ou de ne conserver que les soins médicaux du module choisi.

L'employeur autorise la demande de l'adhérente et transmet le formulaire à [l'Administration des contrats](#). Il prend également entente avec l'adhérente pour le paiement des primes afin d'être en mesure de continuer à les verser à l'assureur.

À la réception de ce formulaire, Desjardins Assurances continue la facturation des garanties qui ont été maintenues.

Lors du retour au travail, l'employeur informe Desjardins Assurances de la date réelle de retour à l'aide du formulaire n° [20017](#) « Avis de modifications ». Il est important de transmettre ce renseignement le plus rapidement possible pour que les garanties auxquelles l'adhérente a droit soient remises en vigueur dès son retour effectif au travail.

8. EXONÉRATION DES PRIMES

8.1 DÉBUT DE L'EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'une adhérente devient totalement invalide, aucune prime n'est payable à compter du 1^{er} jour du mois qui suit l'expiration du délai de carence de la garantie d'assurance salaire de longue durée (7 jours de calendrier suivi de 17 semaines de prestations d'assurance salaire de courte durée), et ce, aussi longtemps que dure cette invalidité.

L'adhérente, qui reçoit des prestations d'assurance salaire de courte durée de l'assureur, n'a pas à produire de demande spécifique pour bénéficier de l'exonération.

8.1.1 Adhérente recevant des prestations de la CNESST, SAAQ ou IVAC

Cette même exonération peut s'appliquer lorsque l'adhérente invalide reçoit des prestations d'un autre organisme que l'assureur : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (y compris les prestations reçues en vertu de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels*) et Société de l'assurance automobile du Québec.

Pour ces cas d'indemnité, Desjardins Assurances doit être informée de cette situation afin que la facturation reflète le non-paiement de la prime pour cette adhérente tout en lui conservant les garanties auxquelles elle a droit pendant son invalidité. L'employeur fait parvenir à l'assureur les formulaires suivants :

- Demande de prestations d'assurance invalidité ou d'exonération des primes – déclaration de l'employée – formulaire n° [06329F](#)
- Demande de prestations d'assurance invalidité ou d'exonération des primes – déclaration de l'employeur – formulaire n° [08317F](#)
- Déclaration du médecin traitant – Demande initiale – formulaire n° [02025](#)

Ces formulaires doivent être acheminés, dûment remplis à l'assureur, au plus tard dans les 90 jours qui suivent le début de l'exonération des primes. Bien entendu, si ces formulaires ont déjà été remplis, il n'est pas nécessaire de les faire parvenir en deux exemplaires.

➤ **Toute période au cours de laquelle une adhérente bénéficie d'un retrait préventif relatif à une grossesse ou à l'allaitement et approuvé par la CNESST n'est pas reconnue comme une période d'invalidité.**

8.1.2 Dans le cas d'un transfert d'assureur

Au moment du transfert d'assureur, les personnes en invalidité ne sont pas exonérées

L'exonération des primes sera accordée à la date à laquelle elles seront exonérées par le régime d'assurance duquel elles reçoivent des prestations d'assurance salaire. Seules les garanties exonérées par l'ancien régime d'assurance le seront par le

présent régime. La prime pour les autres garanties continuera d'être requise tant et aussi longtemps que ces personnes seront en invalidité.

Au moment du transfert d'assureur, les personnes en invalidité sont déjà exonérées

À la date d'adhésion, Desjardins Assurances continuera à appliquer l'exonération des primes pour les garanties déjà exonérées des assurées qui reçoivent des prestations d'assurance salaire, en autant qu'elles soient toujours en lien d'emploi. La prime pour les autres garanties continuera d'être requise tant et aussi longtemps que ces personnes seront en invalidité.

8.2 FIN DE L'EXONÉRATION DES PRIMES

L'exonération des primes prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle l'adhérente est incapable ou refuse de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
- la date à laquelle l'adhérente atteint l'âge de 65 ans pour les garanties d'assurance vie, d'assurance mutilation par accident, d'assurance vie additionnelle et d'assurance salaire de longue durée;
- la date à laquelle l'adhérente prend sa retraite;
- la date de la fin du contrat pour les soins médicaux et soins dentaires.

8.3 ASSIGNATION TEMPORAIRE

Une adhérente invalide en assignation temporaire qui reçoit 100 % de son salaire en vertu de la Loi sur les accidents de travail et maladies professionnelles ne bénéficie pas de l'exonération des primes pour la durée d'une telle assignation. Par conséquent, les primes sont requises durant cette période.

Dès qu'une adhérente se voit assigner un poste temporairement, il est important d'informer l'assureur afin d'ajuster la tarification en conséquence en complétant le formulaire n° [20017](#) « Avis de modifications » et en y indiquant la date de l'assignation temporaire.

9. CESSATION D'EMPLOI

La cessation de l'emploi (incluant la retraite) signifie généralement la fin de l'admissibilité d'une adhérente aux garanties assurées par son régime d'assurance collective.

L'employeur doit aviser l'[Administration des contrats](#) de la date de la fin d'emploi de cette adhérente à l'aide du formulaire n° 20017 « Avis de modifications ».

Les garanties d'assurance salaire de courte durée et d'assurance salaire de longue durée, de même que les soins médicaux et les soins dentaires, prennent fin à la date de la cessation d'emploi.

9.1 DROIT DE TRANSFORMATION

Lors d'une cessation d'emploi, il est possible de maintenir une protection d'assurance vie et d'assurance maladie complémentaire, conformément à ce qui suit :

9.1.1 Assurance vie

Le droit de transformation est le privilège qu'a une adhérente dont l'assurance prend fin en raison de la fin de son emploi, d'obtenir, sans preuve d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie.

Le contrat qui lui est offert est un contrat individuel d'assurance vie permanente ou d'assurance vie temporaire échéant à 65 ans, aux taux et aux conditions fixés par l'assureur et alors en vigueur pour ce genre de contrat, sans garantie d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident, et respectant les dispositions prévues à ce contrat.

L'adhérente qui désire se prévaloir de ce droit doit informer par écrit l'Administration des contrats au cours des 31 jours qui suivent la cessation de son emploi.

Desjardins Assurances prend les mesures nécessaires pour qu'un conseiller en sécurité financière de la région où habite l'adhérente puisse la rencontrer afin d'analyser ses besoins et de lui offrir un contrat approprié.

Pendant cette période de 31 jours suivant la cessation de son emploi, si l'adhérente décède, Desjardins Assurances s'engage à payer au bénéficiaire désigné le montant pour lequel l'adhérente était assurée lorsqu'elle était au service de l'employeur.

Une personne à charge qui cesse d'être une personne à charge au sens du contrat peut également profiter de ce droit de transformation. Elle peut aussi le faire si l'employée décède.

9.1.2 Assurance maladie complémentaire (Parcours assurance santé)

Le droit de transformation permet à l'employée qui quitte le groupe d'obtenir, sous forme de contrat distinct, une assurance maladie complémentaire au régime d'État pour elle, son conjoint et ses personnes à charge aux taux et aux conditions fixés par l'assureur et alors en vigueur pour ce genre de protection.

Ce privilège est accordé sans avoir à présenter de preuves d'assurabilité; l'employée qui désire s'en prévaloir doit adresser une demande écrite à l'assureur au cours des 31 jours qui suivent la cessation de son emploi.

Une personne à charge qui cesse d'être une personne à charge au sens du contrat peut également profiter de ce droit de transformation. Elle peut aussi le faire si l'employée décède.

N.B. : En vertu de la Loi sur l'assurance médicament, les personnes de moins de 65 ans, admissibles à un régime privé (ex. : régime du conjoint), ont l'obligation d'y adhérer, au moins pour la portion du régime qui couvre les médicaments. La plupart du temps, la protection pour les médicaments est incluse dans un régime couvrant d'autres soins de santé (appelé régime d'assurance maladie).

10. PRESTATIONS

10.1 SERVICE

Desjardins Assurances fournit aux employeurs tous les formulaires de demande de prestations. Elle a simplifié le plus possible les formulaires, tout en exigeant un minimum de renseignements essentiels pour l'analyse de la demande.

L'omission de répondre à certaines questions peut engendrer des délais. C'est donc dire que si l'adhérente ou son mandataire remplit intégralement le formulaire requis en l'appuyant par les preuves exigées, elle voit sa demande étudiée sur réception et les conclusions lui sont transmises au cours des quelques jours qui suivent.

Bien entendu, seules les garanties prévues par le régime d'assurance collective peuvent donner lieu à des remboursements.

Un médecin, un pharmacien, un chiropraticien et un dentiste agissent à titre de consultants pour Desjardins Assurances. Leur rôle consiste à apporter un soutien à l'équipe d'examineurs expérimentés. Ils fournissent des opinions et des suggestions sur l'information médicale qui est traitée et ils participent à la formation du personnel de l'assureur. Les médecins-conseils prennent aussi en charge les communications qui doivent être faites avec les médecins traitants.

Dans les prochaines sections se trouvent tous les renseignements requis pour la présentation d'une demande de prestation de décès, de remboursement de frais hospitaliers et médicaux ainsi que de prestations d'invalidité.

- **Le présent guide mentionne les organismes gouvernementaux du Québec dont les prestations peuvent modifier celles auxquelles a droit une adhérente en vertu de son régime d'assurance collective.**

Desjardins Assurances tient également compte, dans l'administration de ses contrats, des lois sociales touchant ses adhérentes à l'extérieur du Québec, dans la mesure où celles-ci s'appliquent.

10.2 LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LE SECTEUR PRIVÉ

L'employeur doit se conformer aux exigences de la ***Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé***, qui stipule que la nature confidentielle des renseignements concernant les adhérentes doit être préservée.

Ainsi, l'employeur doit remplir la partie de tout formulaire qui lui est réservée avant de remettre ce formulaire à l'adhérente. Celle-ci remplit ou fait remplir le reste du formulaire et le transmet directement au service approprié de Desjardins Assurances.

L'employeur qui ne désire pas se conformer à ces directives doit obtenir préalablement le consentement de chaque adhérente concernée, ainsi qu'il est prévu par la loi.

11. FRAIS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX

N.B. Si la réclamation est faite pour un enfant de 21 ans ou plus, il faut remplir le formulaire n° 19131 « Déclaration d'enfants à charge de 21 à 25 ans » pour la période au cours de laquelle des frais ont été engagés.

11.1 FRAIS DE MÉDICAMENTS - Carte de paiement de médicaments ou formulaire n° 19132

Le contrat prévoit le remboursement de médicaments selon certains critères qui ont été définis lors de la mise en vigueur du régime d'assurance collective et tient compte des normes de la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec*.

L'adhérente peut avoir recours à la carte de paiement de médicaments. Elle présente sa carte d'attestation sur laquelle apparaît son numéro d'identification à la pharmacie et effectue le paiement de la totalité de la facture au pharmacien. La transmission de la demande de remboursement à l'assureur est effectuée automatiquement. Le reçu remis par le pharmacien donne immédiatement les renseignements relatifs à la demande.

L'assureur procède au remboursement dès que le total du remboursement des frais de médicaments (pour l'adhérente et ses personnes à charge assurées, s'il y a lieu) atteint 50 \$ ou dès qu'une période de 30 jours s'est écoulée depuis la date du dernier remboursement de frais de médicaments si la limite de 50 \$ n'est pas encore atteinte à la fin de ces 30 jours.

Si le pharmacien n'est pas abonné à ce service, l'adhérente remplit le formulaire n° 19132 « Demande de prestations d'assurance maladie », qu'elle retourne au Service des prestations d'assurance accident maladie en y joignant l'original des factures.

Demande de remboursement de médicaments de marque (12126F)

Ce document doit être rempli par l'adhérente et son médecin traitant afin de soumettre une demande d'autorisation pour le remboursement d'un médicament de marque lorsque la version générique équivalente ne peut être prise pour des raisons médicales.

Le médicament de marque sera approuvé seulement si le médecin traitant fournit une raison médicale satisfaisante expliquant pourquoi l'adhérente ne peut pas prendre le médicament générique. Cette demande sera évaluée sur la base des renseignements médicaux fournis et pourrait être examinée par notre médecin ou notre pharmacien.

Médicaments exigeant une autorisation préalable

Pour obtenir le remboursement d'un médicament exigeant une autorisation préalable, l'assurée doit nous acheminer le formulaire prévu à cet effet, dûment rempli par toutes les personnes concernées.

Comme chaque médicament possède son propre formulaire, il est important que l'assurée ait en main le nom du médicament qui lui a été prescrit.

Par la suite, elle doit se rendre sur le site de Desjardins Assurances :

desjardinsassurancevie.com/formulairesMAP

Dans la liste qui apparaît, elle doit sélectionner le nom du médicament afin de télécharger le formulaire approprié, puis l'imprimer. Veuillez noter que le formulaire de la RAMQ est également accepté.

Réclamation 360

Réclamation 360 est une application que l'adhérente peut télécharger sur son mobile ou sa tablette qui rend l'assurance collective accessible partout et en tout temps. Les fonctionnalités de cette application sont :

- Réclamations en moins de 30 secondes, après un soin chez un professionnel de la santé, pour l'adhérente et ses personnes à charge inscrites au régime d'assurance collective. Pas de papier ni de formulaire : tout se fait en quelques étapes faciles sur une tablette ou un téléphone intelligent.
- Suivi des réclamations les plus récentes.
- Gestion de la liste de professionnels de la santé.
- Affichage de la carte de paiement pour la présenter à un professionnel de la santé ou au pharmacien.
- Accès rapide aux coordonnées de notre service à la clientèle, notre soutien technique ou notre équipe de Voyage Assistance.

Également, l'adhérente a accès à un simulateur de coût de médicaments. Ce simulateur permet de vérifier si le médicament prescrit est couvert par son régime d'assurance collective et s'il nécessite une autorisation préalable, d'estimer la somme qu'elle devra déboursier et de comparer le coût du médicament prescrit à celui, inférieur, d'un médicament générique.

Pour pouvoir utiliser l'application Réclamation 360°, l'adhérente doit :

- être une adhérente active du régime d'assurance collective;
- être inscrite sur le site sécurisé destiné aux adhérentes;
- être inscrite au service de dépôt direct et d'avis électronique.

11.1.1 Personne qui atteint l'âge de 65 ans

En ce qui concerne la couverture des médicaments, l'adhérente qui atteint l'âge de 65 ans peut, en avisant l'assureur par écrit, choisir de :

- a) demeurer assurée en vertu du présent régime en payant la surprime prévue à cet effet (voir le tableau de primes à la section 6, paragraphe 6.3.7). Dans ce cas, elle devra annuler son inscription à la RAMQ pour les médicaments;

ou

- b) demeurer inscrite au régime général d'assurance médicaments. Dans ce dernier cas, l'adhérente demeure protégée pour les médicaments non couverts par le régime général d'assurance médicaments et pour les autres frais prévus en vertu des soins médicaux. L'adhérente qui choisit de s'assurer auprès de la RAMQ ne peut plus par la suite modifier son choix à cet égard.

Dans le cas d'un conjoint qui atteint l'âge de 65 ans, il devient automatiquement assuré par le régime général d'assurance médicaments pour la partie médicaments couverts par la RAMQ. Il peut cependant choisir de demeurer assuré en vertu de la garantie soins médicaux du Module détenu. Dans ce cas, un avis écrit de l'adhérente doit être transmis à l'assureur, accompagné d'une confirmation du conjoint à l'effet qu'il a annulé son assurance auprès de la RAMQ. **Aucune personne à charge ne peut demeurer assurée par la garantie soins médicaux si l'adhérente ne le demeure pas elle-même.** Le conjoint qui choisit de s'assurer auprès de la RAMQ ne peut plus par la suite modifier son choix à cet égard.

11.2 FRAIS PARAMÉDICAUX

L'adhérente doit remplir le verso du formulaire n° 19132 « Demande de prestations d'assurance maladie ». Elle annexe les originaux des factures (elle doit en conserver une copie pour ses dossiers) et retourne le tout au Service des prestations d'assurance accident-maladie. Desjardins Assurances analyse la demande et, selon les conditions du contrat, effectue le remboursement.

11.3 ASSURANCE VOYAGE

Toute adhérente assurée en vertu du Module B ou C est automatiquement protégée par l'assurance voyage. Ses personnes à charge sont également assurées si, bien sûr, l'adhérente a choisi une protection familiale ou monoparentale.

L'assurance voyage rembourse l'ensemble des frais hospitaliers et médicaux qu'une adhérente et ses personnes à charge peuvent engager en cas de situation d'urgence lors d'un séjour à l'extérieur de la province de résidence.

Le service d'assistance voyage fourni par la firme « Sigma Assistel » prend en charge, à la suite d'un simple appel téléphonique, tous les cas d'urgence médicale et apporte le soutien nécessaire au voyageur en difficulté.

- ▶ **Aucune clause de « maladies préexistantes » ne s'applique à l'assurance voyage, mais son état de santé doit être stable au moment du départ. L'adhérente est assurée en tout temps et elle n'a nullement besoin d'aviser Desjardins Assurances avant d'entreprendre un voyage.**

IL EST IMPORTANT DE SE RAPPELER QUE L'ADHÉRENTE OU TOUTE PERSONNE L'ACCOMPAGNANT DOIT COMMUNIQUER AVEC LE SERVICE D'ASSISTANCE VOYAGE, AUX NUMÉROS INDIQUÉS CI-DESSOUS, AVANT D'ENGAGER DES FRAIS, QUELS QU'ILS SOIENT, À MOINS DE CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES.

<u>PROVENANCE DE L'APPEL</u>	<u>NUMÉRO À COMPOSER</u>
Région de Montréal	(514) 875-9170
Canada et États-Unis (sans frais)	1 800 465-6390
Ailleurs dans le monde (excluant les Amériques)	Indicatif outre-mer + 800-29485399
Partout dans le monde (frais virés)	(514) 875-9170

Lorsque l'adhérente effectue le paiement des frais qu'elle a engagés, dès son retour, elle doit en premier lieu en obtenir le remboursement par le régime d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence.

Par ailleurs, l'adhérente peut demander à Desjardins Assurances d'effectuer elle-même le paiement des frais engagés. L'adhérente doit remplir à cette fin le formulaire n° 15638 « Demande de remboursement des soins et services hospitaliers et médicaux pour les résidents du Québec seulement ».

La procédure de demande de règlement habituelle, telle que décrite précédemment, s'applique ensuite pour le remboursement de l'excédent des frais couverts par les régimes publics.

- ▶ **L'adhérente doit cependant joindre à sa demande une copie des reçus des frais hospitaliers, médicaux ou paramédicaux engagés de même qu'une preuve du paiement effectué par le régime provincial d'assurance maladie.**

Il est important de noter que l'original de toute facture doit être joint au formulaire. Desjardins Assurances rembourse l'établissement de santé concerné et réclame elle-même les montants dus auprès du régime provincial d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de l'adhérente.

11.4 ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Toute adhérente assurée en vertu du Module B ou C est automatiquement protégée par l'assurance annulation de voyage. Ses personnes à charge sont également assurées si, bien sûr, l'adhérente a choisi une protection familiale ou monoparentale.

L'assurance annulation de voyage rembourse des frais payés à l'avance ou de certains frais supplémentaires qui doivent être engagés si des circonstances imprévisibles obligent à annuler le voyage ou à l'interrompre en cours de route. Veuillez vous référer à la brochure des assurées à la section prévue à cet effet, puisque certaines restrictions peuvent s'appliquer.

11.5 CONTRÔLE

Afin d'exercer un contrôle des demandes de prestations, Desjardins Assurances a établi certaines procédures permettant d'effectuer les analyses des demandes qui lui sont adressées.

L'équité dont bénéficient toutes les adhérentes ne peut être respectée que si un contrôle sérieux est exercé. Les mesures suivantes sont appliquées :

- . L'adhésion de l'adhérente est vérifiée pour confirmer son admissibilité et sa participation à la garantie.
- . Toute demande de prestations est examinée à la lumière du dossier de l'adhérente pour établir si les frais n'ont pas déjà fait l'objet d'une demande de compensation.
- . La nature des frais est examinée afin de vérifier si les termes du contrat permettent le remboursement de la demande.
- . Les tarifs des soins paramédicaux sont comparés à ceux de la région de la provenance des frais afin de s'assurer qu'il n'y a pas eu abus de la part du professionnel de la santé.
- . Les frais non admissibles, c'est-à-dire pour les personnes non assurées ou qui dépassent les limites prévues au contrat, sont déduits de la demande de l'adhérente.

11.6 COORDINATION DES PRESTATIONS ET PARTAGE DES REMBOURSEMENTS

La coordination des prestations avec d'autres assureurs est également effectuée, le formulaire n° 19132 « Demande de prestations d'assurance maladie » prévoit une question à cet effet. Nous sommes également en mesure, compte tenu des réponses qui nous sont fournies, de vérifier si l'adhérente, ou sa personne à charge, fait partie d'un autre groupe assuré chez Desjardins Assurances. La clause de coordination et de partage des remboursements suivante est appliquée conformément aux recommandations de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. :

Le montant total des prestations versées en vertu de tous les régimes d'assurance s'appliquant à une même personne ne peut jamais excéder le montant des frais assurables. Si la personne assurée en vertu de la garantie est aussi assurée en vertu d'un autre régime et si cet autre régime ne contient pas de disposition relative au partage des remboursements, le remboursement prévu par cet autre régime doit être effectué en premier lieu, la présente garantie limitant alors la responsabilité de l'assureur au solde des frais assurables.

Toutefois, si l'autre régime contient une disposition relative au partage des remboursements, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime en vertu duquel la personne assurée n'est pas une personne à charge. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime en vertu duquel la personne est considérée comme personne à charge. **Dans le cas des enfants à charge, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime de celui des deux conjoints assurés dont l'anniversaire de naissance arrive en premier au cours de l'année civile. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime de l'autre conjoint.**

11.7 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Le détail du règlement de toute demande de prestations est indiqué sur le talon du chèque de remboursement expédié à l'adhérente. Les renseignements suivants y sont indiqués :

- la nature des frais pour lesquels une demande a été faite, ex. : médicaments, soins infirmiers, etc.;
- la période pendant laquelle ces frais ont été engagés;
- le montant demandé;
- le montant des frais admissibles;
- le pourcentage du remboursement alloué par le contrat;
- le montant accordé pour chaque type de frais.

De plus, tout autre renseignement utile à l'adhérente est ajouté pour expliquer le paiement effectué. Si elle désire de plus amples renseignements, il lui est toujours possible de joindre le Service des prestations d'assurance accident-maladie au numéro de téléphone indiqué à la section 1, [paragraphe 1.3](#).

L'adhérente peut également adhérer au Service de dépôt direct et d'avis électronique en remplissant le formulaire n° 07019 pour bénéficier du mode de paiement par dépôt direct et recevoir un avis par courriel lorsque la demande de prestations de soins de santé ou de soins dentaires a été traitée.

Si elle le désire, l'adhérente peut consulter son dossier d'assurance en tout temps en accédant au site sécurisé de l'assureur destiné aux adhérentes. Elle peut ainsi effectuer plusieurs transactions en ligne :

- Réclamation de ses prestations de soins de santé. Habituellement, les demandes effectuées en ligne sont traitées dans un délai de deux jours ouvrables;
- Gestion du dossier de ses personnes à charge :
 - Coordination des prestations;
 - Déclarations d'enfants à charge de 21 ans à 25 ans inclus étudiants à temps plein;
- Inscription au Service de dépôt direct et d'avis électronique afin de recevoir son remboursement directement dans son compte bancaire;
- Obtention de son rapport de réclamations aux fins de l'impôt;
- Information sur le régime d'assurance collective – Accès à la brochure en format PDF;
- Accès à certains formulaires dont ceux qui sont spécifiques au groupe;
- Consulter l'historique de ses réclamations (18 mois);
- Vérifier le prix moyen d'un médicament dans sa région (simulateur de coût);

Pour ce faire, celle-ci doit d'abord s'inscrire au site de l'adhérent en suivant la procédure indiquée dans le dépliant n° [03239F04](#).

Pour obtenir des exemplaires de ce document, l'employeur doit s'adresser aux services administratifs de Desjardins Assurances au numéro de téléphone indiqué à la section 1, [paragraphe 1.2.1](#).

12. ASSURANCE SOINS DENTAIRES

N.B. Si la réclamation est faite pour un enfant de 21 ans ou plus, il faut remplir le formulaire n° 19131 « Déclaration d'enfants à charge de 21 à 25 ans » pour la période au cours de laquelle des frais ont été engagés.

L'adhérente présente sa carte de paiement de soins dentaires au dentiste et le paiement des prestations se fera directement à ce dernier. La partie des frais non remboursables par la garantie devra être acquittée directement par l'adhérente.

Si le dentiste de l'adhérente ne peut utiliser la carte de paiement de soins dentaires, l'adhérente transmet le formulaire n° 19110 « Demande de prestations pour soins dentaires » ou elle peut présenter un formulaire utilisé par le professionnel.

Les renseignements requis sur le formulaire n° 19110 sont les suivants :

- a) tous les renseignements relatifs à la personne qui a reçu les soins, le nom de l'adhérente ainsi que le nom et le numéro de compte de son employeur;
- b) l'adhérente fait remplir par le dentiste la section relative aux soins prodigués;
- c) l'adhérente signe le formulaire à l'endroit indiqué et l'expédie à l'assureur avec les reçus originaux.

12.1 PLAN DE TRAITEMENT

Avant de s'engager dans un plan de traitement supérieur à 300 \$, il est préférable pour une adhérente de s'informer auprès de l'assureur des frais qui lui seront remboursés. Il s'agit pour l'adhérente d'employer le formulaire n° 19110 « Demande de prestations pour soins dentaires » et de le faire remplir par le dentiste en y inscrivant le mot « Prédétermination ». Il est recommandé de joindre, si possible, les radiographies.

Si le dentiste utilise la carte de paiement de soins dentaires, c'est à lui que l'assureur retourne la réponse.

Si le dentiste n'utilise pas la carte de paiement de soins dentaires, l'assureur indique par écrit à l'adhérente les traitements admissibles avec les montants accordés.

12.2 EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

Aucune prestation d'assurance soins dentaires n'est payable pour une personne à charge à l'égard des frais engagés au cours des six premiers mois de son assurance si la demande d'adhésion des personnes à charge n'est pas présentée à l'intérieur des délais prévus au contrat, soit :

- au moment de la demande d'adhésion de l'adhérente au régime d'assurance collective si les personnes à charge répondaient déjà à la définition de personnes à charge;
- dans les 31 jours de la date à laquelle les personnes à charge répondent à la définition de personnes à charge.

12.3 COORDINATION DES PRESTATIONS ET PARTAGE DES REMBOURSEMENTS

Desjardins Assurances effectue la coordination des prestations avec celles des autres assureurs. Desjardins Assurances est également en mesure de vérifier si l'adhérente, ou une personne à charge, fait partie d'un autre groupe assuré chez Desjardins Assurances.

La clause suivante de coordination et de partage des remboursements est appliquée conformément aux recommandations de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. :

Le montant total des prestations versées en vertu de tous les régimes d'assurance s'appliquant à une même personne ne peut jamais excéder le montant des frais assurables. Si la personne assurée en vertu de la garantie d'assurance soins dentaires est aussi assurée en vertu d'un autre régime et si cet autre régime ne contient pas de disposition relative au partage des remboursements, le remboursement prévu par cet autre régime doit être effectué en premier lieu, la présente garantie limitant alors la responsabilité de l'assureur au solde des frais assurables.

Toutefois, si l'autre régime contient une disposition relative au partage des remboursements, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime en vertu duquel la personne assurée n'est pas une personne à charge. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime en vertu duquel la personne est considérée comme personne à charge. **Dans le cas des enfants à charge, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime de celui des deux conjoints assurés dont l'anniversaire de naissance arrive en premier au cours de l'année civile. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime de l'autre conjoint.**

13. ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

13.1 DÉLAI DE CARENCE

7 jours (calendrier).

13.2 RENTES PAYABLES

L'assureur paye 75 % du salaire hebdomadaire de l'adhérente au début de l'invalidité et pour lequel la prime a été versée. (Voir définition du salaire à la section 3, [paragraphe 3.2.11](#) des « Dispositions générales »).

Les prestations sont imposables (prime totalement subventionnée par le ministère).

Un relevé aux fins d'impôt est transmis par l'assureur aux assurées ayant reçu des prestations d'assurance salaire de courte durée.

13.3 DURÉE MAXIMALE DES PRESTATIONS

L'indemnité est payable pour une durée maximale de 17 semaines sans toutefois excéder la date à laquelle l'adhérente invalide prend sa retraite. Pour l'adhérente invalide qui atteint l'âge de 65 ans, mais qui n'a pas encore reçu 17 semaines de prestations, les paiements se poursuivent pour une durée maximale de 17 semaines, pourvu que subsiste l'invalidité, mais sans toutefois excéder la date de la retraite de l'adhérente. Pour l'adhérente qui devient invalide après l'âge de 65 ans, la durée maximale des prestations est de 15 semaines, sans toutefois excéder la date de la retraite de l'adhérente.

13.4 PROCÉDURE À SUIVRE

Lorsqu'une adhérente devient totalement invalide, l'employeur doit lui remettre le formulaire n° 02025 « Déclaration du médecin traitant – Demande initiale » ainsi que le formulaire n° 06329F « Demande de prestation d'assurance invalidité ou d'exonération des primes – Déclaration de l'employée ». Lorsque l'adhérente a rempli son formulaire et fait remplir le formulaire du médecin traitant, elle les transmet au Service des prestations d'assurance salaire dans un délai maximal de 90 jours suivant le début de la période d'invalidité. Les honoraires exigés par le médecin traitant pour remplir les formulaires sont à la charge de l'assurée.

L'employeur doit remplir le formulaire n° 08317F et le transmettre au Service des prestations d'assurance salaire le plus rapidement possible.

Cette façon de procéder permet à l'employeur de se conformer aux exigences de la **Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé**, qui stipule que la nature confidentielle des renseignements concernant les adhérentes doit être préservée.

L'employeur qui ne désire pas suivre ces directives doit obtenir préalablement le consentement de chaque adhérente concernée, comme le prévoit la loi.

Desjardins Assurances procède à la vérification de l'admissibilité de l'adhérente, tout comme elle le fait en assurance maladie. Par la suite, compte tenu des renseignements fournis par les parties concernées, elle procède à l'analyse et au traitement de la demande. Si la demande est acceptée, Desjardins Assurances verse la rente à l'adhérente qui reçoit le chèque (ou les chèques) par l'entremise de son employeur.

Si l'invalidité se poursuit, le formulaire n° 02026 « Déclaration du médecin traitant – Rapport supplémentaire » devra être complété.

13.5 CONTRÔLE

Desjardins Assurances a établi certains paramètres de contrôle permettant de minimiser les conséquences de l'absence de l'adhérente.

Les renseignements fournis sont évalués en fonction de la période d'invalidité en parallèle avec le diagnostic posé par le médecin.

Afin de traiter équitablement les demandes de prestations, les examinateurs peuvent compter sur une équipe d'employés et de professionnels d'expérience pour analyser la période d'invalidité qui a été déterminée par le médecin traitant. Au besoin, l'examineur soumet à notre conseiller médical la demande de prestations aux fins d'évaluation.

Selon les renseignements fournis, il est possible que des expertises médicales soient demandées à un spécialiste de la région où habite l'adhérente. Seules les expertises médicales demandées par l'assureur seront à la charge de ce dernier.

13.6 COORDINATION DE PROTECTION

Selon la cause de l'invalidité et son évolution, l'adhérente est dirigée vers les organismes gouvernementaux, afin qu'elle puisse profiter des programmes d'avantages sociaux mis sur pied par l'État.

La rente déterminée est réduite de toute prestation d'invalidité payable en vertu de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, du Régime de rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada, et de toute autre loi sociale, du régime de retraite de l'employeur, de toute police d'assurance collective et de toute rémunération reliée à l'invalidité concernée.

Il n'est pas tenu compte de l'indexation des indemnités payables en vertu de ces différentes sources de revenus à la suite de l'augmentation du coût de la vie.

L'assureur se réserve le droit de réduire ainsi la rente de l'adhérente si cette dernière néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu des lois et des régimes concernés. À défaut de recevoir des prestations de ces sources, l'adhérente doit prouver elle-même qu'elle n'y a pas droit.

13.7 GROSSESSE

Toute période d'invalidité résultant d'une grossesse, d'un accouchement, d'une fausse couche ou de toute complication en rapport direct ou indirect avec l'une de ces causes est reconnue sauf lorsque cette période se situe :

1. pendant un congé de maternité accordé par l'employeur, lequel est réputé commencer à la première des deux dates suivantes : soit la date convenue entre l'employeur et l'adhérente, soit la date de l'accouchement;
2. pendant un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale;
3. pendant les périodes durant lesquelles des prestations de maternité sont payables en vertu du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP).

Cependant, toute période au cours de laquelle une adhérente bénéficie d'un retrait préventif relatif à une grossesse ou à l'allaitement et approuvé par la CNESST n'est pas reconnue comme une période d'invalidité.

13.8 SERVICE DE RÉOLUTION DE PROBLÈMES

Les personnes recevant des prestations d'assurance salaire peuvent avoir accès à un service de résolution de problèmes. L'agent responsable du dossier communiquera à l'adhérente les renseignements relatifs au service, si la situation s'y prête.

L'assureur offre des services d'intervention psychosociale à ces employées recevant des prestations et aux membres de leur famille immédiate jusqu'à un maximum total de 12 heures par année d'assurance. Les types de problèmes pour lesquels ils peuvent obtenir de l'aide sont :

- problèmes au travail;
- problèmes personnels;
- problèmes conjugaux;
- problèmes familiaux;
- problèmes de consommation abusive.

Ce service est offert avec une confidentialité totale 24 heures par jour et 7 jours par semaine.

13.9 RETOUR AU TRAVAIL

L'employeur doit informer le Service des prestations d'assurance salaire le jour où l'adhérente retourne au travail.

13.9.1 Réintégration progressive au travail à la suite d'une invalidité

Notre expérience démontre que lorsque médicalement recommandée et administrativement réalisable, la réintégration progressive peut favoriser un retour au travail durable suivant une période d'invalidité. Il est à noter que la mise en place d'un programme de réintégration progressive s'effectue en partenariat avec l'employeur.

Il est à noter également que chaque demande de réintégration progressive est analysée sous l'angle du cas par cas. Nous invitons l'employeur à contacter le Service des prestations d'assurance salaire pour toutes demandes de précisions, s'il y a lieu.

13.10 PRIMES

Toutes les primes doivent continuer d'être versées durant la durée de paiement de l'assurance salaire de courte durée.

La subvention pour l'assurance collective du ministère est accordée pour la période totale pendant laquelle l'adhérente reçoit des prestations de la garantie d'assurance salaire de courte durée.

14. ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

14.1 DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence est égal à la somme du délai de carence et de la durée maximale des prestations prévues à la garantie d'assurance salaire de courte durée.

14.2 RENTES PAYABLES

L'assureur paye 66 2/3 % des premiers 24 000 \$ de salaire annuel, plus 55 % des 24 000 \$ suivants et 45 % de l'excédent. La rente est déterminée selon le salaire de l'adhérente au début de l'invalidité et pour lequel la prime a été versée. (Voir définition du salaire à la section 3, [paragraphe 3.2.11](#) des « Dispositions générales »).

Les prestations sont non imposables.

14.3 DURÉE MAXIMALE DES PRESTATIONS

L'indemnité est payable temps et aussi longtemps que l'adhérente invalide répond à la définition d'invalidité totale ([point 3.2.8](#)), et ce, jusqu'à la date à laquelle elle atteint l'âge de 65 ans ou prend sa retraite selon la première éventualité.

14.4 PROCÉDURE À SUIVRE

Les formulaires utilisés lors d'une invalidité prolongée sont les mêmes que ceux qui sont utilisés pour les indemnités hebdomadaires (formulaires n° [06329F](#), n° [08317F](#) et n° [02025](#) ou [02026](#) selon qu'il s'agisse d'une demande initiale ou d'une prolongation d'invalidité). Les honoraires exigés par le médecin traitant pour remplir les formulaires sont à la charge de l'assurée.

Ainsi, lorsqu'une invalidité de courte durée se transforme en une invalidité de longue durée, l'assureur peut continuer à effectuer le paiement des prestations sans avoir besoin de formulaires différents, tous les renseignements nécessaires ayant été demandés au début de l'invalidité.

Cependant, d'autres formulaires ou renseignements peuvent être demandés selon les besoins particuliers de chaque dossier.

Si l'invalidité est reconnue aux fins des prestations d'assurance salaire de longue durée, l'assureur transmet le versement mensuel soit par chèque ou par dépôt direct directement à l'adhérente.

Pendant la durée de son invalidité, l'adhérente doit continuer à fournir à Desjardins Assurances, et sur demande, tous les renseignements requis pour attester son invalidité.

Afin d'être en mesure de donner un service approprié à ses prestataires, Desjardins Assurances a établi une méthode pour accélérer le service tout en s'assurant d'un contrôle du bien-fondé des demandes de prestations.

14.5 EXPERTISE MÉDICALE

Pour qu'un paiement soit effectué, il peut arriver que l'examineur demande une expertise médicale pour s'assurer que l'adhérente réponde aux exigences médicales. Le spécialiste indépendant consulté évalue et confirme l'état de santé de l'adhérente. Seules les expertises médicales demandées par l'assureur seront à la charge de ce dernier.

14.6 COORDINATION DE PROTECTION

14.6.1 Intégration directe

La rente payable en vertu de la présente garantie est réduite des indemnités payables à l'adhérente, en relation avec l'invalidité concernée, en vertu d'une loi concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles, du Régime de rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, de toute autre loi sociale, du régime de retraite de l'employeur, de toute police d'assurance collective et de toute rémunération reliée à l'invalidité concernée.

Toutefois, pour ce qui est du régime de retraite de l'employeur, l'adhérente en invalidité qui est admissible à une rente de retraite sans réduction actuarielle verra ses prestations d'assurance invalidité réduites d'un montant égal à 80 % de la rente de retraite payable.

Aux fins de la présente clause, il n'est pas tenu compte de l'indexation des indemnités payables en vertu de ces différentes sources de revenus à la suite de l'augmentation du coût de la vie.

14.6.2 Intégration indirecte

De plus, l'assureur réduira de nouveau la rente payable en vertu de la présente garantie par le montant, s'il en est, selon lequel le revenu mensuel total d'une adhérente provenant de toutes sources dépasse 90 % de son revenu mensuel net immédiatement avant l'invalidité totale.

L'assureur prend en compte toute indemnité et tout paiement définis ci-dessous, que l'adhérente reçoit ou auxquels elle a droit, pour établir le revenu mensuel total de l'adhérente provenant de toutes sources :

- a) toute prestation mensuelle versée en vertu de la présente garantie;
- b) tout revenu mensuel ou paiement versé par l'employeur;
- c) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de rentes du Québec, à l'exception des prestations pour les personnes à charge et de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
- d) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de pensions du Canada, à l'exception des prestations pour les personnes à charge et de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
- e) toute prestation d'invalidité payable en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou d'un autre régime public, à l'exclusion des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance emploi;
- f) toute prestation d'invalidité payable en vertu d'un régime d'assurance collective fourni par un employeur ou une association;
- g) toute prestation d'invalidité payable par un régime de retraite privé, à l'exclusion de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;

- h) toute indemnité de remplacement du revenu payable en vertu de tout régime public qui exige ou fournit des prestations d'assurance automobile sans égard à la responsabilité.

Si l'adhérente touche l'un ou l'autre des paiements ou indemnités susmentionnés aux paragraphes 14.6.1 et 14.6.2 sous la forme d'un montant forfaitaire au lieu de prestations périodiques, l'assureur réduit le montant de la prestation mensuelle payable de ce montant, qui est ramené sur une base mensuelle en fonction d'une période de 60 mois ou du nombre de mois d'invalidité à l'égard duquel le montant forfaitaire est versé, selon la période la plus courte.

L'assureur réduira aussi les prestations mensuelles même si l'adhérente, qui se doit de faire la demande nécessaire, néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus.

L'assureur peut à son gré utiliser une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public avant la réception de l'avis du montant réellement accordé. Un ajustement en fonction du montant réel sera accordé par la suite.

14.7 GROSSESSE

Toute période d'invalidité résultant d'une grossesse, d'un accouchement, d'une fausse couche ou de toute complication en rapport direct ou indirect avec l'une de ces causes est reconnue sauf lorsque cette période se situe :

1. pendant un congé de maternité accordé par l'employeur, lequel est réputé commencer à la première des deux dates suivantes : soit la date convenue entre l'employeur et l'adhérente, soit la date de l'accouchement;
2. pendant un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale;
3. pendant les périodes durant lesquelles des prestations de maternité sont payables en vertu du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP).

Cependant, toute période au cours de laquelle une adhérente bénéficie d'un retrait préventif relatif à une grossesse ou à l'allaitement et approuvé par la CNESST n'est pas reconnue comme une période d'invalidité.

14.8 UTILISATION DES ENTREPRISES SPÉCIALISÉES EN RÉADAPTATION AUX FINS D'ÉVALUATION ET DE RÉADAPTATION

Selon la nature et l'évolution de la maladie ou du rétablissement envisagé, l'adhérente est dirigée vers une firme spécialisée en réadaptation, afin qu'on puisse évaluer ses possibilités de reprendre une vie active en tenant compte de ses capacités résiduelles.

Enfin, tout est mis en œuvre pour que l'adhérente bénéficie de l'expertise de nos spécialistes afin de faciliter sa réadaptation.

14.9 SERVICE DE RÉOLUTION DE PROBLÈMES

Les personnes recevant des prestations d'assurance salaire peuvent avoir accès à un service de résolution de problèmes. L'agent responsable du dossier communiquera à l'adhérente les renseignements relatifs au service, si la situation s'y prête.

Des services d'intervention psychosociale sont offerts aux employées recevant des prestations et aux membres de leur famille immédiate jusqu'à un maximum total de

12 heures par année d'assurance. Les types de problèmes pour lesquels ils peuvent obtenir de l'aide sont :

- problèmes au travail;
- problèmes personnels;
- problèmes conjugaux;
- problèmes familiaux;
- problèmes de consommation abusive.

Ce service est offert avec une confidentialité totale 24 heures par jour et 7 jours par semaine.

14.10 RETOUR AU TRAVAIL

L'employeur doit informer le Service des prestations d'assurance salaire le jour où l'adhérente retourne au travail.

14.10.1 Réintégration progressive au travail à la suite d'une invalidité

Notre expérience démontre que lorsque médicalement recommandée et administrativement réalisable, la réintégration progressive peut favoriser un retour au travail durable suivant une période d'invalidité. Il est à noter que la mise en place d'un programme de réintégration progressive s'effectue en partenariat avec l'employeur.

Il est à noter également que chaque demande de réintégration progressive est analysée sous l'angle du cas par cas. Nous invitons l'employeur à contacter le Service des prestations d'assurance salaire pour toutes demandes de précisions, s'il y a lieu.

14.11 PRIMES

Veillez vous référer à la section 8 « [EXONÉRATION DES PRIMES](#) ».

La subvention pour l'assurance collective du ministère n'est pas accordée pour la durée totale de l'invalidité de longue durée étant donné que l'employée est exonérée des primes.

15. DÉCÈS

15.1 DÉCÈS DE L'ADHÉRENTE

Lors du décès d'une adhérente, Desjardins Assurances doit être avisée au moyen du formulaire n° 02227 « Demande de prestations pour un décès – Déclaration du réclamant », du formulaire 12123F – Déclaration de l'employeur et si requis, du formulaire 14153F – Déclaration du médecin.

L'employeur et le bénéficiaire doivent transmettre ces formulaires ainsi que tous les documents requis au Service des prestations d'assurance vie.

- **Il est très important que les formulaires soient entièrement remplis, signés et datés et que tous les documents requis soient joints à la demande de prestations.**
- **Chaque bénéficiaire désigné doit remplir une demande distincte. Si aucun bénéficiaire n'a été désigné, le formulaire doit être rempli par le liquidateur de la succession.**

Sur réception des documents, l'assureur est en mesure de vérifier si la personne pour laquelle il a reçu une demande de prestations était bien assurée auprès de Desjardins Assurances.

Compte tenu de la déclaration du bénéficiaire, l'assureur peut vérifier, avec les documents qui lui avaient été transmis lors de l'adhésion de l'employée, si la personne qui fait la demande de prestations est admissible.

Selon les renseignements fournis sur la cause du décès et les bénéficiaires, Desjardins Assurances peut exiger des documents supplémentaires tels que le rapport du coroner, etc.

Aussitôt que les pièces justificatives sont fournies et que le règlement des prestations est effectué, Desjardins Assurances fait parvenir le produit de l'assurance au bénéficiaire et une copie de la lettre concernant le règlement à l'employeur.

15.2 DÉCÈS D'UNE PERSONNE À CHARGE

L'employeur et l'adhérente doivent procéder comme indiqué pour le décès d'une adhérente et remplir les formulaires n° 02227, 12123F et 14153F si requis.

15.3 PERTE ACCIDENTELLE DE MEMBRES OU DE LA VUE

L'adhérente doit remplir et transmettre au Service des prestations d'assurance vie le formulaire n° 02809 « Demande de prestations pour une perte accidentelle de membres ou de la vue » :

- Une section de ce formulaire doit être remplie par le médecin traitant. Les honoraires qui pourraient être exigés pour remplir ce document sont à la charge de l'assurée.
- Cette demande doit être accompagnée de la déclaration de l'employeur (12123F).

Sur réception des documents requis et après vérification de l'admissibilité du demandeur, le Service des prestations d'assurance vie analyse la demande et en effectue le règlement.

Desjardins Assurances fait parvenir le chèque à l'adhérente et une copie de la lettre concernant le règlement à l'employeur.

15.4 PAIEMENT ANTICIPÉ DU CAPITAL DE L'ASSURANCE VIE DE BASE

Sur acceptation de l'assureur, toute adhérente dont l'espérance de vie est de moins de 12 mois peut obtenir le paiement d'une partie de la somme assurée en vertu de l'assurance vie de base payable au décès de l'adhérente.

Le paiement anticipé est toutefois limité à 25 % de la somme assurée.

Lors du décès de l'adhérente, le montant payable en vertu de l'assurance vie de base est réduit :

- du montant du paiement anticipé, et
- des intérêts courus sur le montant du paiement anticipé.

L'adhérente demeure responsable du paiement de la prime à moins qu'elle ne bénéficie de l'exonération des primes prévue au présent contrat.

16. RÉGIME DE CONGÉS DE MATERNITÉ

16.1 DÉFINITIONS

16.1.1 Début du congé de maternité

Le congé de maternité débute à la première des dates suivantes :

- La date de l'accouchement;
- La date à laquelle débute le paiement des prestations de maternité en vertu du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP).

16.1.2 Effectivement au travail

Le fait pour une employée d'être présente à son lieu de travail et d'exercer toutes les fonctions inhérentes à son poste, selon son horaire habituel et normal de travail.

16.1.3 Employée

Toute personne salariée au service d'un employeur et dont la semaine régulière de travail auprès de cet employeur est d'au moins 20 heures par semaine dans le même statut d'emploi, soit comme titulaire d'un poste permanent, soit comme non titulaire d'un poste permanent.

Aux fins du présent régime, l'actionnaire salariée et la propriétaire salariée ne sont pas reconnues comme employées donc non admissibles au régime de congé de maternité, de même que la personne responsable d'un service de garde en milieu familial reconnue par un bureau coordonnateur de la garde en milieu familial en vertu de la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance, la personne qui l'assiste ou toute autre personne qu'elle emploie.

16.1.4 Employeur

Participant au régime d'assurance, tout titulaire d'un permis de centre de la petite enfance délivré en vertu de la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance ou d'un permis de garderie ainsi délivré qui reçoit une subvention en vertu de l'article 90 de cette loi, ainsi que la personne morale agréée à titre de bureau coordonnateur de la garde en milieu familial.

16.1.5 Jour ouvrable

Journée de travail selon l'horaire habituel de l'adhérente.

16.1.6 RQAP

Régime québécois d'assurance parentale établi en vertu de la Loi sur l'assurance parentale.

16.1.7 Retour au travail

Le fait pour une employée d'être effectivement au travail après une période d'absence.

16.1.8 Salaire hebdomadaire de base

Salaire hebdomadaire de base moyen versé par l'employeur au cours des 20 dernières semaines précédant la date du début du congé de maternité de l'employée. Si pendant cette période, l'employée a reçu des prestations en vertu de la Loi sur l'assurance emploi du Canada établies à un certain pourcentage de son salaire régulier, il est entendu qu'aux fins du calcul de son salaire hebdomadaire de base utilisé pour son congé de maternité, on réfère au salaire hebdomadaire de base à partir duquel de telles prestations ont été établies.

Aux fins du régime de congés de maternité, le salaire est limité au maximum prévu au régime d'assurance.

16.1.9 Service continu

Période pendant laquelle une employée exerce un travail d'au moins 20 heures par semaine auprès d'un employeur, sans aucune interruption sauf celles prévues au paragraphe « ADMISSIBILITÉ ». Selon le statut d'emploi, cette période est de :

- 1) 18 mois consécutifs pour une employée titulaire d'un poste permanent;
 - 2) 24 mois consécutifs pour une employée non titulaire d'un poste permanent,
- peu importe la période de probation.

16.2 ADMISSIBILITÉ

Voir conditions d'admissibilité à la section 4, [paragraphe 4.2.2](#) « Pour le régime de congé de maternité ».

16.3 DURÉE DE LA PRESTATION PAYABLE

Les 20 premières semaines du congé de maternité.

16.4 MONTANT DE LA PRESTATION

Le régime de congés de maternité versera, durant les 20 premières semaines du congé de maternité, une indemnité égale à la différence, si positive, entre 93 % du salaire hebdomadaire de base et les prestations de maternité et parentales maximales (75 %) que l'employée reçoit ou pourrait recevoir du RQAP pour ces 20 premières.

Si une employée choisit de ne pas recevoir les prestations parentales du RQAP alors qu'elle est admissible à de telles prestations pour la période résiduelle des 20 premières semaines de son congé de maternité, l'indemnité du régime de congés de maternité est calculée selon les prestations parentales maximales qu'elle aurait eu droit de recevoir.

Si une employée retourne au travail au cours des 20 premières semaines de son congé de maternité, l'indemnité du régime de congés de maternité cesse à la date de son retour au travail.

Les prestations de maternité sont imposables et l'assureur émettra un relevé aux fins d'impôt pour l'année fiscale visée.

16.5 COORDINATION DES PRESTATIONS

Le total des prestations que reçoit l'employée en vertu du présent régime, du RQAP et de toute autre source, ne doit en aucun cas dépasser 93 % du salaire hebdomadaire de base, tel que défini au présent régime.

Si tel est le cas, les prestations versées en vertu du régime de congés de maternité sont réduites de tel excédent.

16.6 PROCÉDURE À SUIVRE

L'adhérente doit remplir le formulaire n° 01012F « Demande de prestations de congés de maternité » et le faire parvenir à l'assureur uniquement lorsque la demande de prestations au RQAP aura été acceptée.

Une copie de l'avis écrit confirmant l'admissibilité de l'employée au RQAP, ainsi que l'état de calcul des prestations qui sont versées par cet organisme, devront accompagner le formulaire.

Les chèques ou dépôts directs de prestations sont envoyés à l'adhérente chaque semaine.

16.7 TERMINAISON DE LA PROTECTION ET FIN DES PRESTATIONS

La protection de l'employée et les prestations versées par Desjardins Assurances en vertu du régime de congés de maternité cessent à la première des dates suivantes :

- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cette employée en vertu du régime d'assurance;
- la date à laquelle l'employée quitte son emploi;
- la date à laquelle l'employée cesse d'être admissible au régime d'assurance;
- la date à laquelle l'employeur met fin à sa participation au régime d'assurance;
- la date à laquelle l'employée est effectivement au travail en ce qui concerne la fin des prestations.

16.8 SITUATIONS SPÉCIFIQUES

16.8.1 Grossesses consécutives et rapprochées

Dans le cas de grossesses qui se suivent sans qu'il y ait eu de retour au travail entre chacune des grossesses, il faut se référer à la période d'admissibilité à un congé de maternité (voir conditions d'admissibilité à la section 4, paragraphes 4.2.2 « Pour le

régime de congé de maternité », qui est en l'occurrence de 18 ou 24 mois suivant la fin du congé de maternité selon que la travailleuse est titulaire ou non d'un poste permanent).

Néanmoins, il y a lieu de préciser les trois situations suivantes :

- Si l'adhérente est titulaire d'un poste permanent dont la période d'admissibilité est terminée :

S'il n'y a pas d'interruption du lien d'emploi, l'employée demeure admissible au régime d'assurance collective durant un congé de maternité et lors de la prolongation de celui-ci, et ce, qu'elle maintienne en vigueur l'ensemble de ses protections ou uniquement les soins médicaux du module choisi. Aucun retour de travail n'est exigé entre les deux grossesses.

- Si l'adhérente est titulaire d'un poste permanent et qu'elle n'a pas terminé sa période d'admissibilité :

Un retour effectif au travail entre les deux grossesses est requis afin de compléter la période d'admissibilité. S'il y a eu interruption du lien d'emploi, la période d'admissibilité doit être refaite au complet.

- Si l'adhérente n'est pas titulaire d'un poste permanent, elle doit être admissible aux critères mentionnés à la section 4, [paragraphes 4.2.2](#).

16.8.2 Interruption de grossesse volontaire ou involontaire

Lors d'une interruption de grossesse volontaire ou involontaire, des règles sont prévues à cet effet par le Régime québécois d'assurance parental (RQAP). La prestation de maternité est versée selon la durée admise par ce Régime, soit un maximum de 18 semaines. Les conditions d'admissibilité au congé de maternité doivent aussi être respectées (voir conditions d'admissibilité à la section 4, [paragraphes 4.2.2](#) « Pour le régime de congé de maternité »).

17. DÉPÔT D'UNE PLAINTE

17.1 PROCESSUS RECOMMANDÉ À L'ADHÉRENTE LORS D'UNE INSATISFACTION

Le Comité paritaire peut vous aider à résoudre les problèmes d'ordre administratif. À cet effet, le sous-comité des plaintes peut :

- Vous aider à comprendre la situation;
- Intervenir dans votre dossier auprès de l'assureur, s'il y a lieu.

Conformément aux règles de fonctionnement du Comité paritaire, les demandes qui nécessitent un arbitrage médical ou qui ont trait à la subvention sont irrecevables au sein de ce comité. Toute suggestion ou revendication relative à la subvention doit être adressée au ministère de la Famille.

Actions préalables avant de déposer une plainte :

- 1) Prendre connaissance de la correspondance reçue par l'assureur;
- 2) Contacter le [Centre de service à la clientèle](#) ou la personne-ressource attitrée à votre dossier chez l'assureur afin d'obtenir des explications;
- 3) Fournir à l'assureur les documents complets qu'il a demandés.

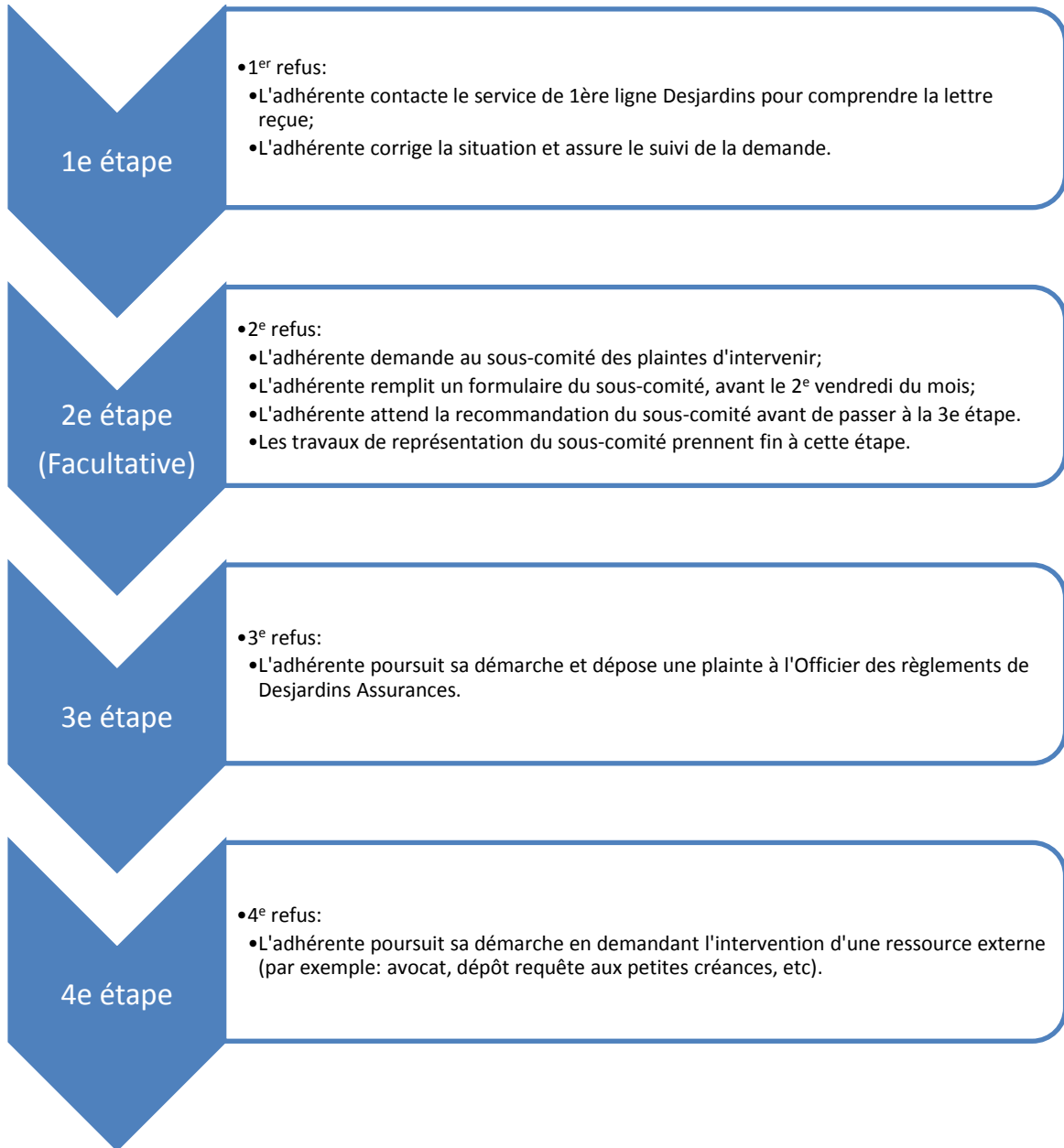
La démarche auprès du sous-comité des plaintes est facultative. Si vous souhaitez obtenir l'aide du comité paritaire, voici comment déposer une plainte :

- 1) Fournir les documents suivants :
 - le [Formulaire de plainte à l'égard de Desjardins Assurances](#) dûment rempli et signé,
 - une copie des correspondances (courrier, télécopie ou courriel) échangées avec l'assureur, en lien avec la plainte.
- 2) Transmettre vos documents par courrier à l'adresse suivante :

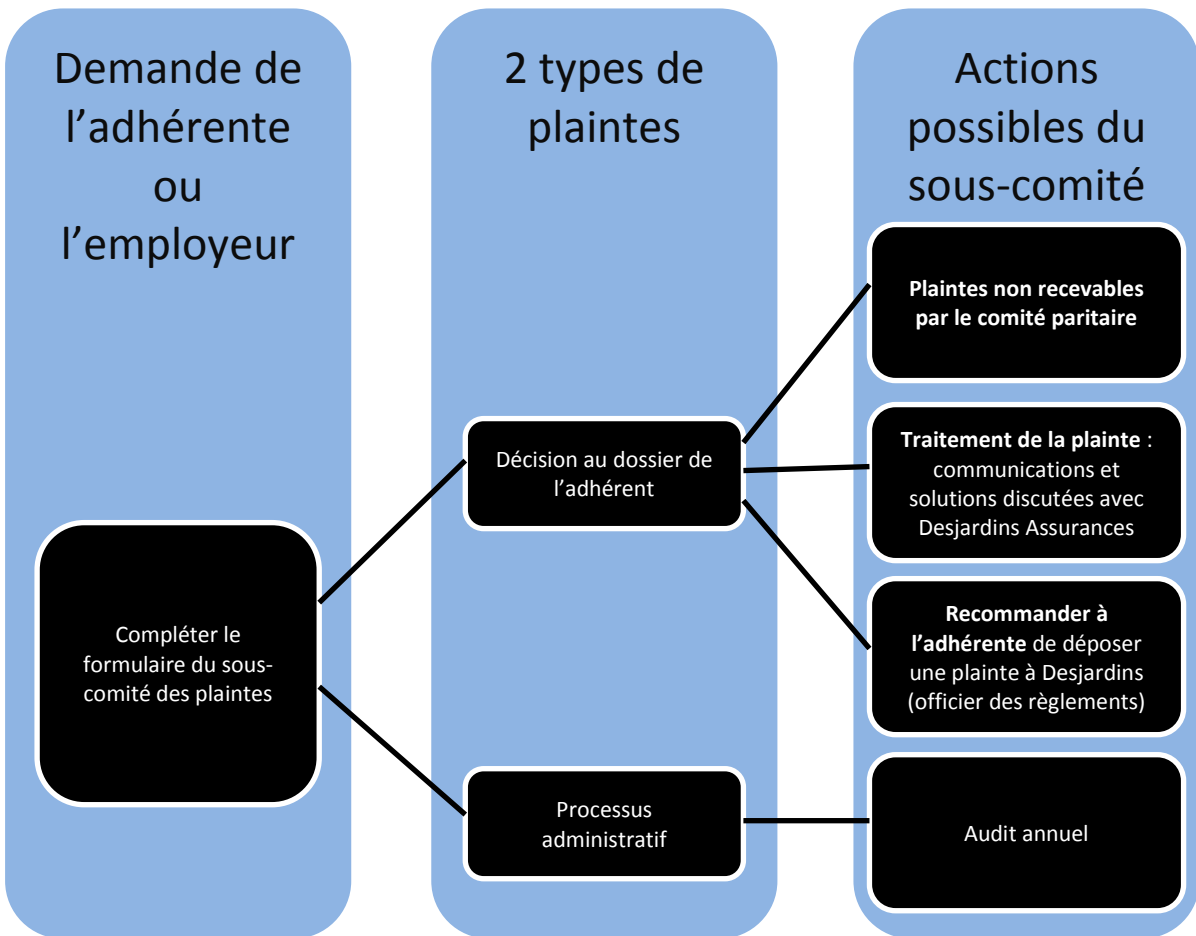
Secrétaire du Comité paritaire du régime d'assurances collectives
 Direction des politiques de main d'œuvre et des relations de travail
 Ministère de la Famille
 600, rue Fullum, 7e étage – porte 7.00
 Montréal (Québec) H2K 4S7

Fonctionnement du Sous-comité des plaintes:

- Un accusé de réception sera envoyé par courriel à la suite de la transmission de vos documents;
- Un membre du sous-comité vous contactera lors du traitement de votre demande;
- Les demandes doivent être reçues avant le 2^e vendredi du mois pour être traitées au cours du mois courant;
- Les réunions du sous-comité ont lieu le 3^e vendredi de chaque mois, sauf en période estivale;
- La priorité des demandes est évaluée en fonction de la date de réception et du degré d'urgence de la situation;
- Le sous-comité des plaintes est constitué de quatre représentants du Comité paritaire.



17.2 FONCTIONNEMENT DU SOUS-COMITÉ DES PLAINTES



17.3 FORMULAIRE DE PLAINTE À L'ÉGARD DE DESJARDINS ASSURANCES

À l'attention du Comité paritaire Régimes d'assurance collective et de congé de maternité du personnel des CPE et garderies subventionnées du Québec

Identification de l'adhérent(e)	
1. Type de plaintes :	<input type="checkbox"/> Plainte concernant mon dossier d'adhérent(e) <input type="checkbox"/> Plainte à titre d'employeur participant au Régime
2. Prénom et nom :	
3. Nom de votre organisation :	
4. Type d'organisation :	<input type="checkbox"/> CPE <input type="checkbox"/> Garderie subventionnée
5. Représenté par :	Personnel syndiqué : <input type="checkbox"/> FSSS-CSN <input type="checkbox"/> FIPEQ-CSQ <input type="checkbox"/> SQEES-298-FTQ <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
	Personnel non syndiqué : <input type="checkbox"/> Aucun
	Personnel d'encadrement : <input type="checkbox"/> Association des cadres des centres de la petite enfance <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : <input type="checkbox"/> Aucun
6. Moyens de communication à privilégier :	<input type="checkbox"/> Par courriel :
	<input type="checkbox"/> Par téléphone :
7. Meilleur moment pour vous rejoindre :	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Soir
Nature de votre insatisfaction	
8. Programme visé:	<input type="checkbox"/> Assurances soins dentaires <input type="checkbox"/> Assurances invalidité courte durée <input type="checkbox"/> Assurances invalidité longue durée <input type="checkbox"/> Assurances soins médicaux <input type="checkbox"/> Assurances-vie <input type="checkbox"/> Congé de maternité
9. Types de problématiques :	<input type="checkbox"/> Choix d'un module <input type="checkbox"/> Délais de traitement <input type="checkbox"/> Demande non admissible <input type="checkbox"/> Durée d'une période d'invalidité <input type="checkbox"/> Erreur de paiement <input type="checkbox"/> Facturation <input type="checkbox"/> Fin d'une période d'invalidité <input type="checkbox"/> Frais réclamés non remboursables <input type="checkbox"/> Incompréhension d'une décision <input type="checkbox"/> Refus d'un médicament <input type="checkbox"/> Refus d'une période d'invalidité <input type="checkbox"/> Retour progressif <input type="checkbox"/> Service à la clientèle Desjardins <input type="checkbox"/> Site administrateur <input type="checkbox"/> Simulateur <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
10. Veuillez expliquer brièvement votre situation :	
Démarche réalisée à ce jour avec Desjardins Assurances	
11. Votre n° de certificat chez Desjardins :	
12. Dernier contact avec Desjardins :	Date :
	<input type="checkbox"/> Lettre <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Appel téléphonique
13. Quelle démarche avez-vous réalisée à ce jour ?	<input type="checkbox"/> Fournir les documents demandés à Desjardins <input type="checkbox"/> Établir un contact téléphonique pour comprendre la situation <input type="checkbox"/> Envoyer une lettre à Desjardins pour demander des explications <input type="checkbox"/> Demander à mon organisation ou association représentative d'intervenir <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
14. Pourquoi votre demande devrait-elle être acceptée par Desjardins Assurances? (expliquez brièvement vos motifs)	
15. Y a-t-il un grief en cours de traitement relativement à votre situation ? (si syndiqué)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autorisation de divulgation d'information personnelle et acceptation des dispositions du sous-comité	
<p>J'affirme qu'à ma connaissance les données sont exactes et complètes. Je fournirai sur demande tout nouveau renseignement requis pour l'analyse de mon dossier. J'autorise les membres du sous-comité des plaintes, membres du Comité paritaire du Régime d'assurance collective et de congés de maternité du personnel des CPE et garderies subventionnées (Comité paritaire) à contacter Desjardins Assurances à l'égard de ma demande. J'autorise Desjardins Assurances à fournir de l'information sur mon dossier dans le cadre de cette présente demande aux membres du sous-comité des plaintes. Les membres du sous-comité des plaintes s'engagent à détruire toute copie de mon dossier après qu'une décision ait été rendue de leur part. J'accepte le rôle du Comité paritaire d'agir à titre de facilitateur et comprends qu'aucune démarche légale ne sera engagée par lui, en mon nom. Je libère le Comité paritaire et le ministère de la Famille de toutes responsabilités légales.</p>	

Nom et prénom (en lettres majuscules) : _____

Signature : _____

Date : _____

17.4 FORMULAIRE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR POUR COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS CONCERNANT L'ADMINISTRATION DU RÉGIME

À l'attention du Comité paritaire du Régime d'assurances collectives et de régime de congé de maternité du personnel des CPE et garderies subventionnées du Québec

Identification de l'employeur	
Prénom et nom :	
Titre :	
Nom de votre organisation :	
Commentaires et suggestions :	

Merci de vos suggestions et commentaires ! Retourner votre document à :

Secrétaire du Comité paritaire du régime d'assurance collective
 Direction des politiques de main d'œuvre et des relations de travail
 Ministère de la Famille
 600, rue Fullum, 7e étage – porte 7.00
 Montréal (Québec) H2K 4S7

18. SITE SÉCURISÉ POUR LES ADMINISTRATEURS

Afin d'accéder au site administrateur, l'employeur doit se rendre à l'adresse suivante :

<https://www.agep-gbip.dsf-dfs.com>

et ajouter cette adresse à ses favoris.

English



Section sécurisée

Administrateur de régime

Bienvenue dans le site sécurisé que Desjardins Assurances met à votre disposition pour faciliter la gestion de votre régime d'assurance collective. Si vous avez oublié votre code d'utilisateur, veuillez communiquer avec nous, au 1 866 838-7577, du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h (heure locale).



Code d'utilisateur

Mot de passe

Entrer

Saisissez votre code d'utilisateur et votre mot de passe puis cliquez sur Entrer.

[Rappel du mot de passe](#)
[Modification du mot de passe](#)

[Convention d'utilisation](#) | [Avis juridique](#) | [Politique de confidentialité](#) | [Sécurité](#) | [Insatisfactions et plaintes](#)

Les transactions effectuées sur ce site sont envoyées à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

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

Copyright © 2015 Desjardins Sécurité financière. Tous droits réservés.

18.1 Rappel du mot de passe

English



Section sécurisée

Administrateur de régime

Bienvenue dans le site sécurisé que Desjardins Sécurité financière met à votre disposition pour faciliter la gestion de votre régime d'assurance collective. Si vous avez oublié votre code d'utilisateur, veuillez communiquer avec nous, au 1 866 838-7577, du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h (heure locale).



Code d'utilisateur

Mot de passe

[Rappel du mot de passe](#)
[Modification du mot de passe](#)

Cliquez ici si vous avez
 oublié votre mot de passe

[Convention d'utilisation](#) | [Avis juridique](#) | [Politique de confidentialité](#) | [Sécurité](#) | [Insatisfactions et plaintes](#)
 Les transactions effectuées sur ce site sont envoyées à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
 Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
 Copyright © 2015 Desjardins Sécurité financière. Tous droits réservés.

English



Section sécurisée

Rappel du mot de passe

Inscrivez le prénom de votre mère et cliquez sur **Soumettre**. Votre aide-mémoire vous aidera à vous souvenir de votre mot de passe.

Code d'utilisateur

Prénom de votre mère

[Convention d'utilisation](#) | [Avis juridique](#) | [Politique de confidentialité](#) | [Sécurité](#) | [Insatisfactions et plaintes](#)
 Les transactions effectuées sur ce site sont envoyées à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
 Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
 Copyright © 2015 Desjardins Sécurité financière. Tous droits réservés.

18.2 Modification du mot de passe

Modification du mot de passe

Votre mot de passe doit contenir **de huit à dix caractères** et être composé de trois des quatre types de caractères suivants : lettres majuscules (A à Z), lettres minuscules (a à z), chiffres (0 à 9) ou symboles (p. ex. : !, \$, # ou %). Il ne peut correspondre à aucun des cinq derniers mots de passe que vous avez utilisés.

Nom Mme Responsable de l'administration

Code d'utilisateur testN001

Mot de passe actuel


Nouveau mot de passe

Confirmation du mot de passe

Inscrivez un mot ou une phrase qui vous servira d'aide-mémoire si vous oubliez votre mot de passe. Ce rappel ne doit pas comprendre votre mot de passe.

Rappel du mot de passe

Annuler

Confirmer 

18.3 Page d'accueil

The screenshot shows the home page of Desjardins Assurances. At the top, there is a navigation bar with links for 'Formulaires', 'Guide administratif', 'Formation en ligne', 'Brochure', 'Nous joindre', 'English', and 'Gutter'. The main header features the Desjardins logo and the tagline 'VIE • SANTÉ • RETRAITE'. Below this, a 'Section réservée' badge is visible. The main content area is divided into several sections:


- 1 Bienvenue Responsable de l'administration**: A large heading.
- 2 Contrat: N001 - Ministère de la famille**: A sub-heading.
- 3**: A paragraph of text: 'Ce site sécurisé vous aidera à gérer votre régime d'assurance collective. Il inclut aussi tous les renseignements nécessaires pour simplifier votre travail.' Below it, another paragraph: 'Vous aurez besoin du logiciel Adobe Reader pour visualiser certains documents figurant dans ce site.'
- 4 Dernière heure**: A sub-heading.
- 5**: A large empty rectangular box.
- 6 Administration**: A sub-heading with a list of links: 'Ajouter un nouvel adhérent', 'Consulter le dossier d'un adhérent', 'Historique des transactions', 'Facturation', 'Rapports', and 'Échanges sécurisés d'information'.
- 7 Information**: A sub-heading with a list of links: 'Formulaires', 'Guide administratif', 'Formation en ligne', 'Brochure des employés', 'FAQ', and 'Communiqués'.
- 8 Mes liens**: A sub-heading with a list of links: 'Bulletin Liaison' and 'Mesures législatives'.
- 9 Adhésions incomplètes (0)**: A sub-heading with a large empty rounded rectangular box.


At the bottom, there is a footer with links for 'Convention d'utilisation', 'Avis juridique', 'Politique de confidentialité', 'Sécurité', and 'Insatisfactions et plaintes'. Below these links, there is a small disclaimer: 'Les transactions effectuées sur ce site sont envoyées à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. Copyright © 2015 Desjardins Sécurité financière. Tous droits réservés.'

- 1 Votre nom (administrateur de régimes)
- 2 Numéro et nom de votre contrat
- 3 Mot de bienvenue de Desjardins Assurances
- 4 Dernières nouvelles relatives à votre régime d'assurance collective
- 5 Section réservée au secteur Commercialisation de Desjardins Assurances ou personnalisée
- 6 Section Administration qui vous permet d'ajouter une nouvelle adhérente, de consulter ou modifier un dossier d'adhérente, de consulter l'historique de vos transactions, d'accéder à votre facture électronique, de commander certains rapports administratifs et finalement échanger des informations de façon sécurisée.
- 7 Section informationnelle où vous avez accès aux formulaires, guide administratif, brochure des employés, etc. Cette section comprend aussi une formation en ligne que vous pouvez consulter pour vous familiariser avec le site.
- 8 Liens utiles
- 9 Section des adhésions incomplètes

18.4 Nous joindre

[Contrat](#) | [Formulaires](#) | [Guide administratif](#) | [Formation en ligne](#) | [Brochure](#) | [Nous joindre](#) | [English](#) | [Quitter](#)


Desjardins Assurances
 VIE • SANTÉ • RETRAITE

Section sécurisée 

Pour nous joindre

Si vous avez des questions concernant l'administration de votre régime, vous pouvez communiquer avec notre Centre de contact avec la clientèle en tout temps.

* champ obligatoire

Identification

Contrat : N001 - MINISTERE DE LA FAMILLE 1
Nom : Responsable de l'administration

Adresse de courriel * 2

Questions, commentaires, suggestions

Sujet *
 3

Numéro de compte
Numéro d'identification 4

Nom de l'adhérent
Prénom de l'adhérent

Message (limite de 500 caractères) *

5

Joindre un fichier (taille maximale : 6 Mo) 6

7

- 1 Numéro et nom de votre contrat et votre nom saisis préalablement.
- 2 Votre adresse de courriel saisi préalablement.
- 3 Choisissez le sujet de votre demande. S'il n'est pas disponible, choisissez « Autres » et précisez-le dans le champ « Message ».
- 4 Si votre demande concerne une adhérente particulière, inscrivez le numéro de compte ainsi que son numéro d'identification et ses nom et prénom.

- 5 Ce champ est obligatoire. Vous devez y saisir au moins quelques mots pour ne pas générer un message d'erreur. Par exemple, si vous désirez simplement transmettre un formulaire, joignez-le à votre envoi et écrivez « Formulaire joint ».
- 6 Les documents joints à l'aide de cette section sont sécurisés.
- 7 Nous vous recommandons d'imprimer cette page avant de la transmettre et de conserver votre copie en tant que référence dans votre dossier.

18.5 Page d'accueil – Administration

Administration

- 1 ▪ [Ajouter un nouvel adhérent](#)
- 2 ▪ [Consulter le dossier d'un adhérent](#)

- 3 ▪ [Historique des transactions](#)

- 4 ▪ [Facturation](#)
- 5 ▪ [Rapports](#)

- 6 ▪ [Échanges sécurisés d'information](#)

- 1 À l'embauche d'une nouvelle employée, vous devez l'ajouter comme nouvel adhérent. Vous devez conserver son formulaire d'adhésion dans vos dossiers.
- 2 Pour consulter le dossier d'une adhérente et/ou le modifier, vous devez conserver le formulaire de modification dans vos dossiers.
- 3 Pour consulter toutes les transactions que vous avez faites.
- 4 Pour accéder à vos factures mensuelles.
- 5 Pour commander certains rapports administratifs, tels que la liste des adhérentes et leurs salaires.
- 6 Pour demander des accès à une boîte de courriel sécurisé, vous n'avez pas à en tenir compte étant donné que vous avez des accès sécurisés en utilisant « Nous joindre ».

18.6 Page d'accueil – Adhésions incomplètes

The screenshot shows the Desjardins Assurances website interface. At the top, there is a navigation bar with links for 'Formulaires', 'Guide administratif', 'Formation en ligne', 'Brochure', 'Nous joindre', 'English', and 'Quitter'. The main header includes the Desjardins logo and the text 'Assurances VIE • SANTÉ • RETRAITE'. Below the header, a green bar contains the text 'Bienvenue Responsable de l'administration'. The main content area is divided into several sections:

- Contrat: W601 - Ministère de la famille**: A section with a 'Dernière heure' sub-header. It contains three news items:
 - Mars 2013 - Nouveaux règlements pour l'acupuncture en Ontario** >>>
 - Mars 2013 - Saisissez l'opportunité de gagner l'un des cinq Prix Distinction du Groupe entreprises en santé** >>>
 - Février 2013 - Nouveaux formulaires en cas d'invalidité** >>>
- Administration**: A list of links including 'Ajouter un nouvel adhérent', 'Consulter le dossier d'un adhérent', 'Historique des transactions', 'Facturation', 'Rapports', and 'Échanges sécurisés d'information'.
- Information**: A list of links including 'Formulaires', 'Guide administratif', 'Formation en ligne', 'Brochure des employés', 'FAQ', 'Communiqués', and 'Mes liens' (with sub-links for 'Bulletin Liaison' and 'Mesures législatives').
- Adhésions incomplètes (1)**: A section with a single entry: 'CLOCHETTE, PEE - nika le 29 juin 1978'. To the right of this entry is a trash can icon.

At the bottom of the page, there is a footer with links for 'Convention d'utilisation', 'Avis juridique', 'Politique de confidentialité', 'Sécurité', and 'Insatisfactions et plaintes'. Below these links, it states: 'Les transactions effectuées sur ce site sont envoyées à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance-vie. Copyright © 2010 Desjardins Sécurité financière. Tous droits réservés.'

Lorsque vous procédez à l'ajout d'une nouvelle adhérente et que vous ne pouvez pas terminer, les données sont sauvegardées dès que vous avez complété la page d'emploi et admissibilité. L'adhésion incomplète vous est présentée dans la section des adhésions incomplètes. Vous pouvez compléter l'adhésion en tout temps. Vous pouvez également supprimer une adhésion incomplète en cliquant sur la poubelle.

18.7 Historique des transactions

Accueil | Contrat | Formulaire | Guide administratif | Formation en ligne | Brochure | Nous joindre | Quitter

Desjardins
Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

Section sécurisée

Historique des transactions

* champ obligatoire

Critères de recherche

Contrat : N001 - MINISTERE DE LA FAMILLE

Compte *
13364252 - CPE LES PETITS DESJARDINS

Type de date de recherche
PAR DATE DE TRANSACTION

Du [aaaa-mm-jj] Au [aaaa-mm-jj]

Type de transaction
Tous

Spécifier type de modification
Tous

Type de recherche *

- Tous
- PAR ADHERENT
- PAR ADMINISTRATEUR
- NUMERO DE CONFIRMATION

Prénom
[]

Numéro d'identification
[]

Code d'utilisateur
[]

Numéro de confirmation
[]

[Retour](#) [Afficher l'historique](#)

[Convention d'utilisation](#) | [Avis juridique](#) | [Politique de confidentialité](#) | [Sécurité](#) | [Insatisfactions et plaintes](#)

Les transactions effectuées sur ce site sont envoyées à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
Copyright © 2015 Desjardins Sécurité financière. Tous droits réservés.

- 1 Vous pouvez chercher par date de transaction ou par date d'effet.
- 2 Vous pouvez chercher par type de modification.
- 3 Vous pouvez faire une recherche par adhérente, par administrateur ou par numéro de confirmation.

18.8 Facture courante et historique

Desjardins Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

Facturation

Pour mieux comprendre votre facture électronique, référez-vous à notre document explicatif

Factures courantes

1 facture(s) courante(s) disponible(s) pour ce contrat.

Contrat(s)	Compte(s)	Date de la facture	Montant
N001 - MINISTÈRE DE LA FAMILLE	1.3384252 - CPE LES PETITS DESJARDINS	1 février 2015	787,6 K\$

Historique des factures

1 champ obligatoire

Contrat: N001 - MINISTÈRE DE LA FAMILLE

Compte*: 1.3384252 - CPE LES PETITS DESJARDINS

Votre recherche a permis de trouver 10 facture(s)

Date de la facture	Montant
1 janvier 2015	787,6 K\$
1 décembre 2014	410,5 K\$
1 novembre 2014	105,5 K\$
1 octobre 2014	104,5 K\$
1 septembre 2014	104,6 K\$
1 août 2014	105,3 K\$
1 juillet 2014	105,8 K\$
1 juin 2014	104,4 K\$
1 mai 2014	104,5 K\$
1 avril 2014	104,5 K\$

Retour

- 1 Consultez le document explicatif pour mieux comprendre votre facture. Veuillez noter que certaines sections ne s'appliquent pas étant donné la particularité de votre facture.
- 2 Cliquez sur l'image pour ouvrir votre facture. Vous pouvez l'enregistrer sur votre poste de travail.
- 3 Vous avez accès à l'historique de 18 mois de vos factures.

18.9 Navigation générale

- Page en cours de création
- Page dans laquelle la saisie est terminée
- Page non disponible pour la saisie
 - Étapes non complétées
 - Section non saisissable
- Les champs marqués d'un « * » sont obligatoires
- Indique la présence d'informations supplémentaires
- Si vous cliquez sur le bouton vous perdez les informations saisies dans la page où vous vous trouvez. Cliquez plutôt sur l'icône de la page désirée.

18.10 Ajouter un nouvel adhérent – Renseignements personnels

Guide administratif | Formation en ligne | Brochure

Desjardins Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

Ajouter un nouvel adhérent

Renseignements personnels | Emploi et admissibilité | Garanties d'assurance | Bénéficiaires | Aperçu avant transmission

* champs obligatoires

Numéro du compte *
13304252 - CPE LES PETITS DESJARDINS

Renseignements personnels

Nom *
Miquette

Prénom *
Suzanne

Date de naissance *
11 avr 1978

Langue de correspondance *
 Français Anglais

Sexe *
 Homme Femme

Suffixe
Choisir

Initial
Initial

Adresse

Adresse inconnue
L'adhérent n'habite pas au Canada

Numéro civique * Code postal *
5790 G6V 8V8

Rechercher

Sélectionnez l'adresse appropriée

5790 BOUL ETIENNE-DALLAIRE LEVIS QC G6V 8V8

Vous ne trouvez pas l'adresse de l'adhérent?

Données additionnelles de livraison

Type d'unité
Choisir

Numéro d'unité
Suffixe
Choisir

Adresse
5790 BOUL ETIENNE-DALLAIRE
LEVIS QC G6V 8V8

Visualiser l'adresse

Interrompre

Suivant

Convention d'utilisation | Avis juridique | Politique de confidentialité | Sécurité | Insatisfactions et plaintes

Les transactions effectuées sur ce site sont envoyées à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

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

Copyright © 2015 Desjardins Sécurité financière. Tous droits réservés.

Inscrivez le numéro civique et le code postal puis cliquez sur "Rechercher". L'adresse apparaît dans la fenêtre et s'il y a plus d'une adresse disponible, vous devez sélectionner l'adresse appropriée. L'adresse provient de Postes Canada.

Si l'adresse transmise ci-dessus est incomplète, vous pouvez la compléter en saisissant les informations manquantes.

En cliquant sur ce bouton, vous verrez l'adresse formatée selon Postes Canada.

- 1 Pour entrer l'adresse, indiquez le numéro civique et le code postal, puis cliquez sur « Rechercher ». L'adresse provient de Postes Canada. Si plusieurs adresses sont disponibles, sélectionnez la bonne.
- 2 Vous pouvez également compléter l'adresse si nécessaire.
- 3 Cliquez sur « Visualiser l'adresse » pour voir l'adresse sous le format recommandé par Postes Canada et vérifier qu'elle est exacte.

18.11 Ajouter un nouvel adhérent – Emploi et admissibilité

Guide administratif | Formation en ligne | Brochure

Ajouter un nouvel adhérent

Renseignements personnels **Emploi et admissibilité** **Garanties d'assurance** **Bénéficiaire**

* champ obligatoire

Emploi

Date d'entrée en service *
2 fév 2015

Salaire annuel brut * (p. ex. : 1234,56)
35 000,00 \$

Statut d'emploi *

PERMANENT TEMPS COMPLET
Choisir
PERMANENT TEMPS COMPLET
PERMANENT TEMPS PARTIEL
TEMPORAIRE TEMPS COMPLET
TEMPORAIRE TEMPS PARTIEL

Titulaire d'un poste permanent

NON titulaire d'un poste permanent

Admissibilité

Catégorie *
13C - PERMANENTE MODULE C SYNDIQUEE CSQ

Date d'admissibilité à l'assurance *
2 mai 2015

Type de protection *
FAMILIALE

Précédent Suivant

La catégorie est choisie selon le statut d'emploi, le module choisi en soins médicaux et le fait que l'employée soit syndiquée ou non

18.12 Ajouter un nouvel adhérent – Garanties d'assurance



Ajouter un nouvel adhérent



SOURIS MIQUETTE (né(e) le 1 avril 1978)
 N° identification : 041844564
 Statut : INCOMPLET

Contrat : N001 - MINISTÈRE DE LA FAMILLE
 Compte : 13364252 - CPE LES PETITS DESJARDINS
 Catégorie : 13C - PERMANENTE MODULE C SYNDIQUEE CSQ

REGIME DE BASE

Type de garantie	Adhésion	Exemption	Type de protection/montant
ASSURANCE-VIE DE BASE DE L'ADHERENTE			
MUTILATION ACCIDENTELLE DE L'ADHERENTE			
ASSURANCE-SALAIRE DE COURTE DUREE			
ASSURANCE-SALAIRE DE LONGUE DUREE			
SOINS MEDICAUX MODULE C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FAMILIALE
SOINS DENTAIRES MODULE C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FAMILIALE

Si l'employée est couverte par une autre assurance et qu'elle désire être exemptée, cochez ici.

REGIME FACULTATIF

Type de garantie	Adhésion	Exemption	Type de protection/montant
ASSURANCE-VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHERENTE	<input checked="" type="checkbox"/>		20 TRANCHE(S) DE 5 000,00 \$
ASSURANCE VIE DES PERSONNES A CHARGE	<input checked="" type="checkbox"/>		
MUTILATION ACCIDENTELLE DES PERSONNES A CHARGE	<input type="checkbox"/>		

Interrompre

Précédent

Suivant

[Convention d'utilisation](#) | [Avis juridique](#) | [Politique de confidentialité](#) | [Sécurité](#) | [Insatisfactions et plaintes](#)

Les transactions effectuées sur ce site sont envoyées à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

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

Copyright © 2015 Desjardins Sécurité financière. Tous droits réservés.

18.13 Ajouter des garanties facultatives - Message

Guide administratif | Formation en ligne | Brochure

Desjardins
Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

Action

Ajouter un nouvel adhérent

⚠ Avertissement

- Des preuves d'assurabilité sont requises pour certaines garanties. Si nous ne recevons pas les preuves d'assurabilité dans les quarante-cinq (45) jours suivant votre demande, cette dernière sera automatiquement annulée. (ICPA0036)

⚠ Avertissement

- Des preuves d'assurabilité sont requises pour certaines garanties. Si nous ne recevons pas les preuves d'assurabilité dans les quarante-cinq (45) jours suivant votre demande, cette dernière sera automatiquement annulée. (ICPA0036)

→ J'accepte
Je refuse

Renseignements personnels

SOURIS MIQUETTE (m)
N° Identification : 0410
Statut : INCOMPLET

CSQ

REGIME DE BASE

Type de garantie	Adhésion	Exemption	Type de protection/montant
ASSURANCE-VIE DE BASE DE L'ADHERENTE			
MUTILATION ACCIDENTELLE DE L'ADHERENTE			
ASSURANCE-SALAIRE DE COURTE DUREE			
ASSURANCE-SALAIRE DE LONGUE DUREE			
SORS MEDICAUX MODULE C	<input type="checkbox"/>		FAMILIALE
SORS DENTAIRES MODULE C	<input type="checkbox"/>		FAMILIALE

REGIME FACULTATIF

Type de garantie	Adhésion	Exemption	Type de protection/montant
ASSURANCE-VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHERENTE	<input checked="" type="checkbox"/>		20 TRANCHE(S) DE 5 000,00 \$
ASSURANCE-VIE DES PERSONNES A CHARGE	<input checked="" type="checkbox"/>		
MUTILATION ACCIDENTELLE DES PERSONNES A CHARGE	<input type="checkbox"/>		

Interrompre
Précédent
Suivant

Convention d'utilisation | Site juridique | Politique de confidentialité | Sécurité | Insatisfactions et plaintes
 Les transactions effectuées sur ce site sont envoyées à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
 Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
 Copyright © 2015 Desjardins Sécurité financière. Tous droits réservés.

Lorsqu'une adhérente veut obtenir des garanties facultatives (en adhésion ou en modification), des preuves d'assurabilité doivent être fournies.

Vous recevrez un message d'avertissement et vous devrez cliquer sur « J'accepte » pour continuer.

Le message apparaîtra sur la confirmation de la transmission.

18.14 Ajouter un nouvel adhérent – Bénéficiaires

Guide administratif | Formation en ligne | Brochure

Section sécurisée 



Ajouter un nouvel adhérent




SOURIS MIQUETTE (né(e) le 1 avril 1978)
N° identification : 041844564
Statut : INCOMPLET

Contrat : N001 - DASALRYNY JY TI CIDATTY
Compte : 30001233 - VBY LWY LWY QOAS
Catégorie : 13C - PERMANENTE MODULE C SYNDIQUEE CSQ

Bénéficiaires

Nom, prénom	Lien	%	Révocabilité * 
Miquette, Tony	conjoint		REVOCABLE 

Ajouter une ligne  **2**

Toutes les provinces sauf Québec

Si le bénéficiaire désigné est un mineur, la désignation d'un fiduciaire est requise. [Compléter ce formulaire](#)

Interrompre

Précédent

Suivant 

[Convention d'utilisation](#) | [Avis juridique](#) | [Politique de confidentialité](#) | [Sécurité](#) | [Insatisfactions et plaintes](#)

Les transactions effectuées sur ce site sont envoyées à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

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

Copyright © 2015 Desjardins Sécurité financière. Tous droits réservés.

- 1** L'inscription des pourcentages n'est pas obligatoire. Si vous les indiquez, assurez-vous qu'ils totalisent 100 %.
- 2** Ajoutez les lignes nécessaires si vous devez saisir plusieurs bénéficiaires.

18.15 Ajouter un nouvel adhérent – Aperçu avant transmission

Guide administratif | Formation en ligne | Broché



Section sécurisée

Ajouter un nouvel adhérent



Identification de l'adhérent

Contrat : N001 - MINISTÈRE DE LA FAMILLE
 Compte : 13364252 - CPE LES PETITS DESJARDINS
 Numéro d'identification : 041844554
 Nom : SOURIS MIQUETTE

Vérifiez toutes les informations que vous avez saisies, notamment la catégorie, avant de confirmer la transmission. Utilisez le bouton «Corriger» au besoin dans chacune des sections.

Renseignements personnels [Corriger](#)

Date de prise d'effet : 26 avril 2015
 Nom : SOURIS MIQUETTE
 Date de naissance : 1 avril 1978
 Langue : FRANÇAIS
 Sexe : FEMININ

Emploi et admissibilité [Corriger](#)

Date de prise d'effet : 26 avril 2015
 Date d'entrée en service : 26 janvier 2015
 Salaire annuel brut : 35 000,00 \$
 Statut d'emploi : PERMANENT TEMPS COMPLET
 Catégorie : 13C - PERMANENTE MODULE C SYNDIQUEE CSQ
 Date d'admissibilité à l'assurance : 26 avril 2015
 Type de protection : FAMILIALE

Vérifiez l'exactitude de toutes les informations que vous avez saisies. Si nécessaire, apportez les corrections en cliquant sur le bouton «Corriger» de la section concernée.

Garanties d'assurance [Corriger](#)

REGIME DE BASE

Type de garantie	Transaction effectuée	Type de protection/montant
ASSURANCE-VIE DE BASE DE L'ADHERENTE	ADHESION	
MUTILATION ACCIDENTELLE DE L'ADHERENTE	ADHESION	
ASSURANCE-SALAIRE DE COURTE DUREE	ADHESION	
ASSURANCE-SALAIRE DE LONGUE DUREE	ADHESION	
SOINS MEDICAUX MODULE C	ADHESION	FAMILIALE
SOINS DENTAIRES MODULE C	ADHESION	FAMILIALE

REGIME FACULTATIF

Type de garantie	Transaction effectuée	Type de protection/montant
ASSURANCE-VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHERENTE	ADHESION	20 TRANCHE(S) DE 5 000,00 \$
ASSURANCE VIE DES PERSONNES A CHARGE	ADHESION	

Bénéficiaires [Corriger](#)

Nom, prénom	Lien	%	Révocabilité
Miquette, Tony	conjoint		REVOicable


[Interrompre](#)

[Précédent](#)

[Confirmer la transmission](#)

18.16 Ajouter un nouvel adhérent – Confirmation de la transmission

Guide administratif | Formation en ligne | Brochure



Confirmation de la transmission

Imprimez cette page et faites la signer par l'adhérent.
Remettez une copie à l'adhérent et gardez-en une pour vos dossiers.
Imprimez et remplissez les formulaires suivants : [Rapport d'assurabilité - 2009](#)

⚠ Avertissement

- Des preuves d'assurabilité sont requises pour certaines garanties. Si nous ne recevons pas les preuves d'assurabilité dans les quarante-cinq (45) jours suivant votre demande, cette dernière sera automatiquement annulée. (JCPA0036)

NOUVELLE ADHESION (numéro de confirmation : 16FA2)
Transaction effectuée par Responsable de l'administration
Envoyée le 30 avril 2015, à 14h58

Identification de l'adhérent

Contrat : N001 - MINISTÈRE DE LA FAMILLE
Compte : 13364252 - CPE LES PETITS DESJARDINS
Numéro d'identification : 041044584
Nom : SOURIS MIQUETTE

Renseignements personnels

Date de prise d'effet : 26 avril 2015
Nom : SOURIS MIQUETTE
Date de naissance : 1 avril 1970
Langue : FRANÇAIS
Sexe : FEMMIN

Emploi et admissibilité

Date de prise d'effet : 26 avril 2015
Date d'entrée en service : 20 janvier 2015
Salaire annuel brut : 35 000,00 \$
Statut d'emploi : PERMANENT TEMPS COMPLET
Catégorie : 13C - PERMANENTE MODULE C SYNDIQUÉE CSQ
Date d'admissibilité à l'assurance : 26 avril 2015
Type de protection : FAMILIALE

Garanties d'assurance

REGIME DE BASE

Type de garantie	Transaction effectuée	Type de protection/montant
ASSURANCE-VIE DE BASE DE L'ADHERENTE	ADHESION	
MUTILATION ACCIDENTELLE DE L'ADHERENTE	ADHESION	
ASSURANCE-SALAIRE DE COURTE DUREE	ADHESION	
ASSURANCE-SALAIRE DE LONGUE DUREE	ADHESION	
SOINS MEDICAUX MODULE C	ADHESION	FAMILIALE
SOINS DENTAIRES MODULE C	ADHESION	FAMILIALE

REGIME FACULTATIF

Type de garantie	Transaction effectuée	Type de protection/montant
ASSURANCE-VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHERENTE	ADHESION	20 TRANCHE(S) DE 5 000,00 \$
ASSURANCE VIE DES PERSONNES A CHARGE	ADHESION	

Bénéficiaires

Date de prise d'effet : 26 avril 2015

Nom, prénom	Lien	%	Revocabilité
Miquette, Tony	conjoint		REVOCALLABLE


Prenez connaissance des messages figurant dans le haut de la page.

Si l'adhérente doit remplir un formulaire « Rapport d'assurabilité », vous y avez accès directement en cliquant sur l'hyperlien.

Imprimez ce formulaire, puis faites-le remplir et signer par l'adhérente qui devra ensuite l'expédier directement chez Desjardins Assurances.


18.17 Sommaire du dossier de l'adhérent

[Accueil](#) | [Formulaires](#) | [Guide administratif](#) | [Formation en ligne](#) | [Brochure](#) | [Nous joindre](#) | [Quitter](#)








Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE


Section sécurisée 

Sommaire du dossier de l'adhérent

 Nouvel adhérent
 Retour aux résultats
 Nouvelle recherche
 Imprimer
 Autres actions

Date de modification et de consultation

Renseignements en date du : 30 avril 2015

Pour modifier ou consulter le dossier à une autre date, cliquer sur le bouton suivant : Changer la date 

Renseignements personnels [Modifier](#)

Numéro du contrat : N001 - MINISTÈRE DE LA FAMILLE
Numéro de compte : 13364252 - CPE LES PETITS DESJARDINS
Numéro d'identification : 041844564

Nom : SOURIS MIQUETTE
Adresse :
Date de naissance : 1 avril 1978
Langue : FRANÇAIS
Sexe : FEMININ

Emploi et admissibilité [Modifier](#)

Statut : AU TRAVAIL
en date du 26 avril 2015
Date d'entrée en service : 26 janvier 2015
Date d'admissibilité à l'assurance : 26 avril 2015
Salaire annuel brut : 35 000,00 \$
Statut d'emploi : PERMANENT TEMPS COMPLET
Catégorie : 13C - PERMANENTE MODULE C SYNDIQUÉE CSQ


Garanties d'assurance [Modifier](#)

Les primes indiquées ci-dessous sont calculées pour une période de : 1 MOIS

REGIME DE BASE

Date d'entrée en vigueur	Type de garantie	Type de protection/montant	Prime
26 avr 2015	ASSURANCE-VIE DE BASE DE L'ADHERENTE	35 000,00 \$	3,12 \$
26 avr 2015	MUTILATION ACCIDENTELLE DE L'ADHERENTE	35 000,00 \$	0,26 \$
26 avr 2015	ASSURANCE-SALAIRE DE COURTE DUREE	505,00 \$	58,35 \$
26 avr 2015	ASSURANCE-SALAIRE DE LONGUE DUREE	1 838,00 \$	44,70 \$
26 avr 2015	SOINS MEDICAUX MODULE C	FAMILIALE	76,53 \$
26 avr 2015	SOINS DENTAIRES MODULE C	FAMILIALE	93,66 \$

REGIME FACULTATIF

Date d'entrée en vigueur	Type de garantie	Type de protection/montant	Prime
	ASSURANCE-VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHERENTE (En attente de l'approbation de preuves d'assurabilité) 		
26 avr 2015	ASSURANCE VIE DES PERSONNES A CHARGE		1,03 \$

Bénéficiaires [Modifier](#)

Immédiatement après avoir créé la nouvelle adhérente, vous avez accès à son dossier.

Pour les garanties qui nécessitent l'acceptation des preuves d'assurabilité, un message l'indique.

18.18 Modifier le dossier d'une adhérente

1. Sur la page d'accueil, sélectionnez « Consulter le dossier d'un adhérent ».
2. Sélectionnez le dossier concerné afin d'accéder au sommaire. Le sommaire du dossier de l'adhérente indique les données **à la date du jour**.
3. Pour modifier le dossier d'une adhérente, vous devez d'abord déterminer **à quelle date la modification doit être faite**. Pour les renseignements personnels ou les bénéficiaires, ne changez pas la date puisque la modification sera faite à la date du jour.
4. Pour les modifications à l'emploi et l'admissibilité ainsi que pour les garanties d'assurance, vous devez **changer la date** pour qu'elle corresponde à la date de l'événement qui occasionne un changement.

Accueil | Formulaires | Guide administratif | Formation en ligne | Brochure | Nous joindre | Quitter

Desjardins
Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

Section sécurisée

Sommaire du dossier de l'adhérent

Nouvel adhérent | Retour aux résultats | Nouvelle recherche | Imprimer | Autres actions

Date de modification et de consultation
Renseignements en date du : **21 avril 2015**

Pour modifier ou consulter le dossier à une autre date, cliquer sur le bouton suivant : [Changer la date](#)

Le sommaire du dossier est présenté à la date du jour. Pour effectuer une modification, changez la date et inscrivez la date de l'événement. Si aucun événement, conservez la date du jour.

18.19 Changer la date pour modifier le dossier d'une adhérente

Changer la date

* champ obligatoire

Date de consultation ou de modification du sommaire *

aaaa-mm-jj

Annuler Appliquer

1. Indiquez la date de l'événement de vie et cliquez sur « Appliquer ».
2. Le sommaire du dossier de l'adhérente sera alors présenté à cette date.
3. Cliquez sur le bouton « Modifier » de la section concernée (ex. : garanties d'assurance) et cette date sera alors affichée comme date de l'événement.
4. S'il n'y a **aucun événement**, ne changez pas la date afin que la modification soit faite conformément aux dispositions du contrat.

18.20 Modifier les garanties d'assurance (sauf le module de soins médicaux/dentaires)

Guide administratif | Formation en ligne | Brochure



Section sécurisée

Modifier le dossier d'un adhérent - Garanties d'assurance

en date du 11 avril 2015

CYNTHIA BELANGER (née le 4 octobre 1975)
N° identification : 885123456
Statut : AU TRAVAIL

Contrat : N001 - MINISTÈRE DE LA FAMILLE
Compte : 13364252 - CPE LES PETITS DESJARDINS
Catégorie : 10B - PERMANENTE MODULE B NON SYNDIQUEE

Événement de vie

Description *

MARIAGE OU UNION CIVILE

Choisissez l'événement de vie ①

② Date de l'événement de vie : ③ 11 avril 2015

La date de l'événement est-elle exacte ?

REGIME DE BASE

Type de garantie	Adhésion/ résiliation ⓘ	Exemption/ fin d'exemption ⓘ	Type de protection/montant
ASSURANCE-VIE DE BASE DE L'ADHERENTE			
MUTILATION ACCIDENTELLE DE L'ADHERENTE			
ASSURANCE-SALAIRE DE COURTE DUREE			
ASSURANCE-SALAIRE DE LONGUE DUREE			
SOINS MEDICAUX MODULE B		<input type="checkbox"/>	
SOINS DENTAIRES MODULE B		<input checked="" type="checkbox"/>	

Si la personne désire s'exempter, cochez la case.

Sélectionnez le type de protection désiré

INDIVIDUELLE
CHOISIR
INDIVIDUELLE
MONOPARENTALE
FAMILIALE

REGIME FACULTATIF

Type de garantie	Adhésion/ résiliation ⓘ	Exemption/ fin d'exemption ⓘ	Type de protection/montant
ASSURANCE-VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHERENTE	<input checked="" type="checkbox"/>		20 TRANCHE(S) DE 5 000,00 \$
ASSURANCE VIE DES PERSONNES A CHARGE	<input checked="" type="checkbox"/>		
MUTILATION ACCIDENTELLE DES PERSONNES A CHARGE	<input type="checkbox"/>		

Pour l'adhésion à une garantie, cochez la case. Pour la résiliation, décochez-la.

- ① Sélectionnez l'événement de vie.
- ② Assurez-vous que la date de l'événement inscrite est exacte. Si aucun événement, la date doit être la date du jour.
- ③ Pour une exemption ou une fin d'exemption, cochez ou décochez.
- ④ Choisissez le type de protection désiré.
- ⑤ Pour ajouter des garanties facultatives, cochez les cases requises.

18.21 Changer le module de soins médicaux/dentaires

Accueil | Formulaires | Guide administratif | Formation en ligne | Brochure | Nous joindre | Quitter

Desjardins Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

Section sécurisée

Sommaire du dossier de l'adhérent

Nouvel adhérent | Retour aux résultats | Nouvelle recherche | Imprimer | **Autres actions**

Date de modification et de consultation
Renseignements en date du : **29 avril 2015**
Pour modifier ou consulter le dossier à une autre

Renseignements personnels
Numéro du contrat :
Numéro de compte :

Modifier

Pour **changer de module en soins médicaux**, vous devez faire un **changement de catégorie**

1

Demande d'attestation ou de carte de paiement
Imprimer une carte de paiement
Changement de compte ou de catégorie
Arrêt temporaire de travail
Retour au travail à la suite d'un arrêt temporaire
Cessation de la protection d'assurance collective
Remise en vigueur de la protection d'assurance collective
Imprimer les transactions effectuées aujourd'hui
Consulter l'historique des transactions de l'adhérent

2

Guide administratif | Formation en ligne | Brochure

Desjardins Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

Section sécurisée

Changement de compte ou de catégorie

En date du 29 avril 2015

CYNTHIA BELANGER (née) le 4 octobre 1975 N° identification : 885123456 Statut : AU TRAVAIL	Contrat : N001 - MINISTÈRE DE LA FAMILLE Compte : 13364252 - CPE LES PETITS DESJARDINS Catégorie : 10B - PERMANENTE MODULE B NON SYNDIQUÉE
---	--

Changer de compte
 Changer de catégorie
 Changer de compte et de catégorie

Choisir la catégorie selon le statut d'emploi, le module désiré en soins médicaux et l'affiliation syndicale, le cas échéant

Nouvelle catégorie
3 Choisir

Annuler | Changer

Convention d'utilisation | Avis juridique | Politique de confidentialité | Sécurité | Insatisfactions et plaintes
 Les transactions effectuées sur ce site sont envoyées à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
 Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
 Copyright © 2015 Desjardins Sécurité financière. Tous droits réservés.

Pour changer le module de soins médicaux, vous devez faire un changement de catégorie

- 1 Sélectionnez d'abord le menu « Autres actions ».
- 2 Choisissez le lien « Changement de compte ou de catégorie ».
- 3 Parmi les catégories disponibles, sélectionnez celle qui correspond au **statut d'emploi** de l'adhérent, au **module de soins médicaux désiré**, puis à l'**affiliation syndicale**, s'il y a lieu.

NOTE : Si le changement de module fait suite à un événement de vie, vous devez nous confirmer la date ainsi que l'événement de vie qui occasionne le changement en utilisant « Nous joindre ».

18.22 Autres actions

Accueil | Formulaires | Guide administratif | Formation en ligne | Brochure | Nous joindre | Quitter

Desjardins
Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

Section sécurisée

Sommaire du dossier de l'adhérent

Nouvel adhérent | Retour aux résultats | Nouvelle recherche | Imprimer | **Autres actions**

Date de modification et de consultation
Renseignements en date du : **29 avril 2015**
Pour modifier ou consulter le dossier à une autre date

Renseignements personnels
Numéro du contrat : N001 - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU TRAVAIL

Modifier

- Demander d'attestation ou de carte de paiement
- Imprimer une carte de paiement
- Changement de compte ou de catégorie
- Arrêt temporaire de travail
- Retour au travail à la suite d'un arrêt temporaire
- Cessation de la protection d'assurance collective
- Remise en vigueur de la protection d'assurance collective
- Imprimer les transactions effectuées aujourd'hui
- Consulter l'historique des transactions de l'adhérent

À partir du menu « Autres actions », vous pouvez :

- Demander une attestation
- Imprimer une carte de paiement temporaire pour un adhérent
- Faire un changement de compte (ex. : transfert du CPE au BC ou l'inverse)
- Signaler un arrêt temporaire de travail (ex. : congé sans solde) et un retour au travail
- Confirmer la cessation de la protection d'assurance (ex. : départ, décès, etc.)
- Consulter les transactions que vous avez effectuées sur le dossier de l'adhérent

18.23 Modifications en attente

Accueil | Formulaire | Guide administratif | Formation en ligne | Brochure | Nous joindre | Quitter



Section sécurisée

Sommaire du dossier de l'adhérent

Nouvel adhérent Retour aux résultats Nouvelle recherche Imprimer Autres actions

Date de modification et de consultation

Renseignements en date du : **30 avril 2015**Pour modifier ou consulter le dossier à une autre date, cliquer sur le bouton suivant : Renseignements personnels

Numéro du contrat : N001 - MINISTÈRE DE LA FAMILLE
 Numéro de compte : 13364252 - CPE LES PETITS DESJARDINS
 Numéro d'identification : 041844564

Nom : SOURIS MIQUETTE
 Adresse :
 Date de naissance : 1 avril 1978
 Langue : FRANCAIS
 Sexe : FEMININ

Emploi et admissibilité

Statut : AU TRAVAIL
 en date du 26 avril 2015

Date d'entrée en service : 26 janvier 2015
 Date d'admissibilité à l'assurance : 26 avril 2015
 Salaire annuel brut : 35 000,00 \$
 Statut d'emploi : PERMANENT TEMPS COMPLET
 Catégorie : 13C - PERMANENTE MODULE C
 SYNDIQUÉE CSQ

Garanties d'assurance

Les primes indiquées ci-dessous sont calculées pour une période de : 1 MOIS



REGIME DE BASE

Date d'entrée en vigueur	Type de garantie	Type de protection/montant	Prime
26 avr 2015	ASSURANCE-VIE DE BASE DE L'ADHERENTE	35 000,00 \$	3,12 \$
26 avr 2015	MUTILATION ACCIDENTELLE DE L'ADHERENTE	35 000,00 \$	0,26 \$
26 avr 2015	ASSURANCE-SALAIRE DE COURTE DUREE	505,00 \$	58,35 \$
26 avr 2015	ASSURANCE-SALAIRE DE LONGUE DUREE	1 838,00 \$	44,70 \$
26 avr 2015	SOINS MEDICAUX MODULE C	FAMILIALE	76,53 \$
26 avr 2015	SOINS DENTAIRE MODULE C	FAMILIALE	93,66 \$

REGIME FACULTATIF

Date d'entrée en vigueur	Type de garantie	Type de protection/montant	Prime
	ASSURANCE-VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHERENTE (En attente de l'approbation de preuves d'assurabilité)		
26 avr 2015	ASSURANCE VIE DES PERSONNES A CHARGE		1,03 \$

Bénéficiaires 

Les modifications de garanties et de bénéficiaires sont traitées au cours des 24 à 48 heures suivant l'enregistrement de la demande.

L'icône « H » vous permet d'accéder aux transactions que vous avez effectuées, mais que DSF n'a pas encore complétées.

Que votre transaction soit traitée ou non, cette icône figure sur cette page pendant une période de trois jours. Le dossier concerné pourrait donc ne pas être complètement à jour tant qu'elle y est affichée.

19. COMMUNIQUÉS

L'employeur est invité à insérer dans la présente section les communiqués reçus précédemment de même que les prochains qui seront transmis.