



Guide administratif

à l'usage des responsables de l'administration
des régimes d'assurance collective

Contrat 006000

Comité paritaire intersectoriel FTQ (CPI-FTQ)

La Capitale 
Assurance et services financiers

1. Introduction	1
1.1 Rôle du responsable des assurances	1
2. Description du régime	2
2.2 Zoom sur vos protections	2
2.3 Régimes offerts	2
3. Admissibilité	3
3.1 Délai d'admissibilité lors de l'embauche	3
3.2 Admissibilité du participant en retraite progressive	4
3.3 Situations pour lesquelles le délai d'admissibilité ne s'applique pas	5
3.4 Admissibilité des personnes à charge	6
3.5 Situations particulières	6
3.5.1 Changement de syndicat à la suite d'une période de maraudage	6
3.5.2 Poste temporaire hors de l'unité d'accréditation	6
3.5.3 Personne retraitée réembauchée	6
3.5.3.1 Secteur de la santé et des services sociaux et Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)	6
3.5.3.2 Autres secteurs	6
4. Participation et adhésion	8
4.1 Régime d'assurance maladie de base (volet complet ou réduit)	8
4.1.1 Participation	8
4.1.1.1 Droit d'exemption – Assurance maladie de base	8
4.1.1.2 Fin d'exemption	9
4.1.2 Adhésion	10
4.1.3 Entrée en vigueur de l'assurance	10
4.1.4 Preuves d'assurabilité	10
4.1.5 Choix de volet et période de participation	10
4.1.6 Statuts de protection	10
4.1.7 Changement de statut de protection	10
4.1.8 Dispositions applicables aux participants et aux conjoints âgés de 65 ans ou plus	11
4.2 Régime d'assurance maladie complémentaire (Option I)	11
Régime d'assurance soins dentaires (Option II)	11
4.2.1 Participation	11
4.2.2 Adhésion	11
4.2.3 Entrée en vigueur de l'assurance	11
4.2.4 Preuves d'assurabilité	12
4.2.5 Statuts de protection	12
4.2.6 Période de participation	12
4.3 Régime d'assurance vie du participant actif (Option III)	12
4.3.1 Participation	12

Table des matières

4.3.2	Adhésion	13
4.3.3	Entrée en vigueur de l'assurance	13
4.3.4	Preuves d'assurabilité.....	13
4.3.5	Désignation de bénéficiaire	13
4.4	Événements ouvrant droit à la modification des protections	14
4.4.1	Obtention d'un premier poste (secteur de la santé)	14
4.4.2	Nouveau conjoint tel que défini au contrat	14
	Naissance ou adoption d'un premier enfant.....	14
4.4.3	Fin de l'admissibilité du conjoint (décès, séparation ou divorce) ou des enfants à charge (fin des études ou âge maximum atteint).	15
4.5	Situations particulières.....	15
4.5.1	Personne salariée admissible qui n'a pas rempli son formulaire d'adhésion ..	15
	4.5.1.1 En cas de refus	15
	4.5.1.2 En cas d'incapacité	15
5.	Entrée en vigueur des régimes	17
6.	Interruption temporaire du travail	20
6.1	Tableaux des absences et modalités de maintien.....	20
6.2	Congé partiel sans solde (à la suite d'un congé parental).....	20
6.3	Congé à traitement différé	21
6.4	Congédiement contesté ou suspension	21
6.5	Particularités pour le secteur scolaire	21
7.	Exonération des primes.....	22
7.1	Début de l'exonération des primes.....	22
	7.1.1 Secteur de la santé et des services sociaux	22
	7.1.2 Autres secteurs.....	22
7.2	Fin de l'exonération des primes	23
7.3	Dispositions relatives à une lésion professionnelle	23
	7.3.1 Lésion professionnelle non consolidée	23
	7.3.2 Assignment temporaire	23
	7.3.3 Lésion professionnelle avec droit à la réadaptation	24
	7.3.4 Retrait préventif	24
	7.3.5 Dépôt d'un grief lié à une invalidité	24
	7.3.6 Retour progressif au travail.....	24
8.	Cessation d'emploi et terminaison de l'assurance	25
8.1	Droit de transformation	25
9.	Retraite.....	26
9.1	Régimes offerts	26
	9.1.2 Régime d'assurance vie collective	26
	9.1.2 Régime d'assurance maladie individuelle	26

Table des matières

10. Facturation	27
10.1 Période de primes	27
10.2 Remise des primes à l'Assureur	27
10.2.1 Documents à joindre.....	28
10.2.2 Modes de paiement.....	28
10.3 Taxe de vente sur les primes.....	29
10.4 Paiement des primes durant une absence temporaire	30
10.5 Calcul et perception des primes d'assurance vie lors d'une absence temporaire.....	30
10.6 Non-paiement des primes par le participant.....	31
10.7 Primes dues et remboursement.....	32
10.8 Changement de salaire ou traitement	32
11. Demande de prestations.....	33
11.1 Assurance vie	33
11.1.1 Lors du décès du participant.....	33
11.1.2 Lors du décès d'une personne à charge	33
11.1.3 Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale du participant	33
11.2 Assurance maladie et soins dentaires	34
11.2.1 Médicaments et soins dentaires	34
11.2.2 Soins complémentaires	34
11.2.3 La réclamation papier	34
12. Procédures administratives	35
13. Documents pour l'administration du régime.....	36
14. Nous joindre	37

1. Introduction

Ce guide a été conçu à l'intention des responsables de l'administration du contrat d'assurance collective 006000 offert aux personnes salariées membres d'un syndicat affiliés à la FTQ et travaillant dans des établissements des secteurs de la santé et des services sociaux, de l'enseignement primaire, secondaire et collégial ainsi que dans les organismes acceptés par la Comité paritaire intersectoriel FTQ.

Il deviendra votre principal outil de travail dans la gestion quotidienne de ce régime.

1.1 Rôle du responsable des assurances

L'Employeur participe à la mise en place et à l'application du régime d'assurance selon la teneur du contrat intervenu entre l'Assureur et le preneur.

Son rôle consiste à :

1. Donner l'information aux nouvelles personnes salariées sur l'aspect administratif du contrat;
2. Effectuer l'inscription des nouvelles personnes salariées;
3. Communiquer à l'Assureur les demandes d'adhésion, de modifications et les renseignements pertinents pour la tenue à jour du dossier du participant;
4. Acheminer la remise à l'Assureur des primes déduites ou, le cas échéant, reçues des personnes salariées;
5. Remettre aux personnes salariées les formulaires de demande d'adhésion ou autres documents fournis par l'Assureur;
6. Transmettre les renseignements normalement requis de l'employeur par l'Assureur pour le règlement de certaines prestations;
7. Informer l'Assureur de tout départ à la retraite et de terminaison d'assurance;
8. Effectuer la retenue des primes requises.

Note : Dans le présent document, l'utilisation de la forme masculine désigne tant le féminin que le masculin.

2. Description du régime

En complément aux procédures administratives décrites dans ce guide, vous êtes invités à consulter les documents suivants pour obtenir plus de détails sur les modalités et sur les règles applicables à chacun des régimes.

2.2 Zoom sur vos protections

Le *Zoom sur vos protections* décrit brièvement les régimes offerts aux participants actifs et retraités. Une description plus détaillée se trouve dans la brochure.

Secteur de la santé et des services sociaux :

[Zoom sur vos protections - Version française](#)

[Brochure - Version française](#)

[Zoom sur vos protections - Version anglaise](#)

[Brochure - Version anglaise](#)

Secteur de l'éducation :

[Zoom sur vos protections - Version française](#)

[Brochure - Version française](#)

[Zoom sur vos protections - Version anglaise](#)

[Brochure - Version anglaise](#)

Organismes acceptés par le comité :

[Zoom sur vos protections - Version française](#)

[Brochure - Version française](#)

2.3 Régimes offerts

Le contrat 006000 offre les régimes d'assurance suivants :

- Régime d'assurance maladie de base – Volet complet ou Volet réduit
- Régime optionnel d'assurance maladie complémentaire – Option 1
- Régime optionnel d'assurance soins dentaires – Option II
- Régime optionnel d'assurance vie – Option III

Participant actif

- Assurance vie de base du participant
- Assurance vie additionnelle du participant
- Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles du participant
- Assurance vie du conjoint et des enfants à charge du participant
- Assurance vie additionnelle du conjoint du participant

Participant retraité

- Assurance vie de la personne retraitée
- Assurance vie du conjoint et des enfants à charge de la personne retraitée
- Assurance vie additionnelle du conjoint de la personne retraitée

Le produit individuel *Perspective assurance maladie et soins de santé* est également offert lors de la retraite. Nous vous référons à la section 9 *Retraite* pour tous les détails concernant l'offre à la retraite.

3. Admissibilité

Toute personne salariée est admissible à l'assurance après avoir complété les périodes de service indiquées ci-dessous, que la période de probation soit terminée ou non.

Lorsqu'applicable, on entend par « service continu » le temps écoulé depuis la date d'embauche. Il ne s'agit pas de jours de travail, mais plutôt de l'existence du lien d'emploi.

3.1 Délai d'admissibilité lors de l'embauche

Secteur de la santé et des services sociaux et Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Personne salariée	Délai d'admissibilité
Engagée à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet - emploi permanent - emploi temporaire	Après 1 mois de service continu Après 3 mois de service continu
Engagée à temps partiel travaillant moins de 70 % du temps complet Note : La personne salariée sur la liste de rappel est admissible.	Après 3 mois de service continu
Personne retraitée réembauchée	Non admissible (voir article 3.4.3)
Dans le secteur de la santé, lorsqu'une personne salariée ayant déjà un contrat de travail chez un autre employeur du même secteur est embauchée, celle-ci doit compléter le délai d'admissibilité chez le nouvel employeur.	

Secteur de l'enseignement primaire et secondaire

Personne salariée	Délai d'admissibilité
Régulière occupant un poste à temps complet (70 % ou plus de la semaine régulière de travail ou à temps partiel (plus de 15 heures/semaine et moins de 70 % de la semaine régulière de travail) Du secteur de l'adaptation scolaire Travaillant dans un service de garde	Aucun
Travaillant dans le cadre de sessions de cours d'éducation aux adultes ou de formation professionnelle	Aux conditions prévues dans la convention collective
Temporaire depuis son embauchage ou dans le cadre de deux ou plusieurs embauchages immédiatement contigus	Après 6 mois de service continu
Temporaire dont la semaine régulière de travail est de plus de 15 heures, embauchée pour une période prédéterminée de plus de 6 mois consécutifs (SEP-B-Québec et UES-800)	Aucun
Remplaçante ou surnuméraire engagée pour une durée d'au moins 6 mois (SPPLRN)	Aucun
Travaillant 15 heures ou moins par semaine	Non admissible
Personne retraitée réembauchée	Admissible (voir article 3.4.3)

Secteur de l'enseignement collégial* et Société de développement des entreprises culturelles (SODEC)

Personne salariée	Délai d'admissibilité
Régulière	Aucun
Remplaçante ou occasionnelle	Après 6 mois de service continu
Personne retraitée réembauchée	Admissible (voir article 3.4.3)

* Pour une salariée ayant des contrats successifs, le délai d'admissibilité n'est pas à refaire lors de l'obtention d'un nouveau contrat en autant que le lien d'emploi ait été maintenu.

Société québécoise des infrastructures (SQI) et Musée national des beaux-arts du Québec

Personne salariée	Délai d'admissibilité
À temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet	Après 1 mois de service continu
Travaillant plus de 25 % et moins de 70 % du temps complet	Après 3 mois de service continu
Personne retraitée réembauchée	Admissible (voir article 3.4.3)

Fédération des commissions scolaires du Québec (FCSQ)

Personne salariée	Délai d'admissibilité
Régulière ou temporaire embauchée pour plus de 6 mois	Aucun
Personne retraitée réembauchée	Admissible (voir article 3.4.3)

Régie de l'énergie

Personne salariée	Délai d'admissibilité
Toutes	Aucun
Personne retraitée réembauchée	Admissible (voir article 3.4.3)

Société québécoise d'information juridique (SOQUIJ)

Personne salariée	Délai d'admissibilité
Dont la semaine normale de travail est plus de 25 % du temps complet	Après 1 mois d'ancienneté
Dont la semaine normale de travail est de 25 % ou moins du temps complet	Non admissible
Personne retraitée réembauchée	Admissible (voir article 3.4.3)

3.2 Admissibilité du participant en retraite progressive

Comme prévu à la convention collective, le participant qui bénéficie d'une retraite progressive doit maintenir sa participation aux différents régimes. La prime ainsi que les montants d'assurance vie, le cas échéant, sont déterminés sur la base du salaire ou traitement qu'il recevrait s'il ne participait pas à un tel programme.

3.3 Situations pour lesquelles le délai d'admissibilité ne s'applique pas

Tous les secteurs

Situation	Effet sur les régimes	Formulaire à remplir?
Lorsque la personne salariée à temps complet déjà assurée devient une personne salariée à temps partiel ou vice versa.	Reconduire les mêmes régimes	Non
Lorsque la personne salariée a quitté son employeur d'une façon définitive et qu'elle revient chez cet employeur dans les 30 jours de calendrier suivant son départ.	Reconduire les mêmes régimes	Non
Lorsque la personne salariée occupait antérieurement une fonction auprès d'un autre employeur des secteurs public et parapublic et qu'il s'est écoulé moins de 30 jours entre la date de la fin de son emploi et la date de son entrée en fonction et : - Qu'elle était protégée en vertu du contrat 006000 chez l'employeur précédent - Qu'elle était protégée en vertu d'un autre contrat chez l'employeur précédent Une personne salariée occupant deux emplois chez des employeurs différents et qui démissionne de chez l'employeur auprès duquel elle était assurée est immédiatement admissible à l'assurance chez le nouvel employeur selon les modalités ci-dessus.	Reconduire les mêmes régimes* La personne doit faire de nouveaux choix	Oui Oui
Lorsque la personne salariée est replacée chez un autre employeur en vertu des règles applicables au personnel ayant subi une mise à pied et qu'il s'est écoulé moins de 30 jours entre la date de la fin de son emploi et la date de son entrée en fonction;	La personne peut faire de nouveaux choix*	Oui
Lorsqu'une personne salariée change d'unité d'accréditation chez le même employeur et : - Qu'elle était protégée en vertu du contrat 006000 au moment du changement - Qu'elle était protégée en vertu d'un autre contrat au moment du changement	Reconduire les mêmes régimes* La personne doit faire de nouveaux choix	Non Oui
Commissions scolaires seulement : Mise à pied cyclique et employés des services de garde embauchés de nouveau dans les 60 jours du début de l'année scolaire	Reconduire les mêmes régimes	Non

Afin que les régimes optionnels soient accordés sans preuves d'assurabilité, le formulaire doit être rempli **dans les 30 jours de l'événement**.

* La personne salariée auparavant assurée en vertu du contrat 006000 doit conserver le régime d'assurance maladie de base volet complet et les régimes d'assurance maladie complémentaire (Option I) ou d'assurance soins dentaires (Option II) si la durée minimale de 36 mois n'a pas été complétée.

3.4 Admissibilité des personnes à charge

Toute personne à charge d'un participant est admissible à l'assurance soit à la même date que le participant si elle est déjà une personne à charge, soit à la date où elle le devient si ultérieure.

3.5 Situations particulières

3.5.1 Changement de syndicat à la suite d'une période de maraudage

Lorsqu'à la suite d'une période de maraudage, des personnes salariées décident de changer d'accréditation syndicale, l'article 111.3 du Code du travail prévoit que la convention collective et les régimes d'assurance s'y rattachant demeurent en vigueur jusqu'au renouvellement de la convention collective sauf dans le cas d'une entente entre les parties.

Le comité paritaire doit être informé de toutes ententes entre les parties locales. Ces ententes seront administrées conformément à ce qui aura été convenu entre le CPI-FTQ et l'Assureur. Les personnes visées par le changement peuvent faire un nouveau choix de protections au moment du transfert.

3.5.2 Poste temporaire hors de l'unité d'accréditation

Lorsque le participant occupe temporairement un poste hors de l'unité d'accréditation, il demeure visé par le régime d'assurance collective associé à son poste d'origine, et ce, tant qu'il occupe ce poste.

3.5.3 Personne retraitée réembauchée

3.5.3.1 Secteur de la santé et des services sociaux et Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Non admissible à l'assurance du groupe 006000.

La personne retraitée demeure assurée dans le régime d'assurance vie des retraitées et dans le régime Perspective assurance maladie et soins de santé, si elle y avait adhéré.

3.5.3.2 Autres secteurs

Une personne retraitée réembauchée est considérée comme une nouvelle personne salariée et redevient admissible à l'ensemble des régimes d'assurance collective à l'intention des participants actifs après avoir complété les délais d'admissibilité indiqués à l'article 3.1 Délai d'admissibilité lors de l'embauche.

Les modalités suivantes s'appliquent :

Régime d'assurance maladie de base volet complet ou réduit
Régime d'assurance maladie complémentaire (Option I)
Régime d'assurance soins dentaires (Option II)

Le régime d'assurance maladie de base volet complet ou réduit est obligatoire sous réserve du droit d'exemption (voir article 4.1.1.1 *Droit d'exemption – Assurance maladie de base*). La personne qui est inscrite auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour la couverture des médicaments doit se désengager afin d'adhérer au régime d'assurance maladie de base, à moins d'être âgée de 65 ans ou plus et de choisir de demeurer assurée par le régime public, ce choix étant irréversible.

Si la personne est couverte par le régime *Perspective assurance maladie et soins de santé* offert aux participants retraités, elle doit mettre fin à sa protection au moment où elle devient admissible au régime des participants actifs.

De nouveaux choix de protection peuvent être effectués pour les régimes optionnels I et II selon les modalités prévues au contrat d'assurance collective.

Régime d'assurance vie (Option III)

La personne retraitée réembauchée est admissible au régime d'assurance vie (Option III). Elle peut conserver la protection d'assurance vie qu'elle détient, le cas échéant, dans le régime des participants retraités.

Lorsqu'elle cesse d'être active, tout nouveau montant d'assurance vie auquel elle a droit s'ajoute au montant d'assurance qu'elle détient déjà. Le total de ces montants forme un seul montant d'assurance aux fins d'application des maximums prévus au régime des participants retraités (personne retraitée et personnes à charge).

4. Participation et adhésion

Le contrat prévoit l'adhésion obligatoire au régime d'assurance maladie de base (volet complet ou réduit) pour la personne salariée et ses personnes à charge, sous réserve du droit d'exemption. Dans le cas où la personne salariée ne remplit pas son formulaire, vous devez appliquer les modalités décrites à l'article 4.5.1.

La personne salariée peut également adhérer à un ou plusieurs régimes optionnels selon le statut de protection désiré (individuelle, monoparentale ou familiale) sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, en autant que la demande soit présentée dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité et que la personne salariée ne soit pas absente pour raison d'invalidité à cette date.

Il est important de respecter les délais car les oublis ou les retards pourraient faire perdre à la personne salariée son droit aux régimes optionnels sans preuves d'assurabilité.

Consultez l'aide-mémoire à la Section 12 *Procédures administratives*.
Il présente les principales procédures administratives en vigueur.

4.1 Régime d'assurance maladie de base (volet complet ou réduit)

4.1.1 Participation

Obligatoire pour toute personne salariée admissible et pour ses personnes à charge, le cas échéant, sous réserve du droit d'exemption.

Volet complet : ce volet doit être maintenu pour une durée minimale de 36 mois de calendrier à compter de la date de prise d'effet. Après cette période, le participant peut en tout temps demander le volet réduit. La durée de participation de 36 mois est pour le régime et non pour le statut de protection. Une modification du statut de protection n'entraîne pas de début d'une nouvelle période de participation de 36 mois.

Le volet complet est automatiquement donné au participant qui ne remplit pas son formulaire dans les 30 jours de son embauche.

Volet réduit : ce volet ne comporte pas de durée minimale de participation. Le participant peut en tout temps demander le volet complet, auquel cas la durée minimale de participation de 36 mois s'appliquera. Ce changement n'est pas permis pour un participant absent pour cause d'invalidité.

4.1.1.1 Droit d'exemption – Assurance maladie de base

À l'adhésion : La personne salariée doit remplir le formulaire *Adhésion/Modification* et remettre une copie de la preuve d'assurance à l'employeur qui la conservera au dossier.

En cours d'assurance : La personne salariée doit remplir le formulaire *Demande d'exemption* et remettre à l'employeur une copie de la preuve d'assurance. Il est important d'indiquer à la section 2 du formulaire la raison de la demande d'exemption et la date d'entrée en vigueur de la nouvelle assurance.

- Le participant doit fournir à son employeur la preuve que lui et ses personnes à charge, le cas échéant, sont assurés en vertu d'un régime d'assurance maladie collectif comportant des protections similaires. **L'employeur conserve cette preuve à son dossier.**
- La demande d'exemption doit être adressée à l'Assureur sans attendre d'avoir en main la preuve d'assurance. L'employeur a toutefois la responsabilité d'obtenir la preuve d'assurance dans les 60 jours suivant la demande. Si la preuve n'est pas obtenue, l'Assureur doit en être avisé et l'employeur doit recommencer à prélever la prime, et ce, rétroactivement à la date initiale de la demande d'exemption. L'Assureur se réserve le droit d'exiger **en tout temps** une copie de la preuve d'assurance.
- Le participant âgé de 65 ans ou plus peut mettre fin à sa participation au régime d'assurance maladie de base s'il choisit d'adhérer au Régime général d'assurance médicaments et ce choix est irréversible. Il peut toutefois adhérer au produit *Perspective assurance maladie et soins de santé*, un produit d'assurance maladie individuelle offert par La Capitale en complément à la couverture de médicaments du régime provincial.

La personne salariée exemptée peut adhérer aux régimes optionnels I, II et III.

4.1.1.2 Fin d'exemption

La personne salariée pour laquelle il est devenu impossible de continuer à être assurée par le régime lui ayant permis d'exercer son droit d'exemption doit remplir le formulaire *Demande de retour d'exemption*.

Elle doit alors choisir de participer au volet complet ou au volet réduit.

- Il est permis à une personne exemptée de bénéficier d'une fin d'exemption lorsque le conjoint prend sa retraite même si ce dernier continue d'être admissible à un régime d'assurance collective.
- Un participant qui était assuré en vertu du volet complet au moment de son exemption et qui n'avait alors pas complété la période minimale de participation de 36 mois devra reprendre sa participation au volet complet s'il met fin à son exemption. Une modification du statut de protection (individuelle, monoparentale

ou familiale) n'entraîne pas le début d'une nouvelle période de participation de 36 mois.

4.1.2 Adhésion

Le formulaire doit être rempli dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité.

4.1.3 Entrée en vigueur de l'assurance

Veuillez vous référer aux tableaux présentés à la Section 5 *Entrée en vigueur des régimes*.

4.1.4 Preuves d'assurabilité

Non requises.

4.1.5 Choix de volet et période de participation

Choix de volet	Durée minimale de participation avant de pouvoir changer de volet
Complet	36 mois consécutifs
Réduit	Aucune durée minimale de participation

4.1.6 Statuts de protection

Individuelle	Participant sans personnes à charge
Monoparentale	Participant avec enfants à charge seulement (seul le participant sans conjoint admissible et avec enfants à charge peut choisir ce statut de protection)
Familiale	Participant avec personnes à charge (conjoint seulement ou conjoint et enfants)

4.1.7 Changement de statut de protection

Le participant peut modifier à la hausse son statut de protection (d'individuelle à familiale ou monoparentale, de monoparentale à familiale) à la naissance ou l'adoption d'un premier enfant ou lorsqu'une personne se qualifie à titre de conjoint.

L'adhésion au régime d'assurance maladie de base volet complet ou réduit est obligatoire pour les personnes à charge si elles ne sont pas couvertes en vertu d'un autre régime d'assurance collective.

4.1.8 Dispositions applicables aux participants et aux conjoints âgés de 65 ans ou plus

La personne visée doit choisir entre les 2 options suivantes :

Option 1	Demeurer assurée dans le régime collectif	• Aucune surprime • La personne visée doit se désengager auprès de la RAMQ pour éviter de payer la prime relative au RGAM • L'administrateur n'a aucune action à poser • Ce choix est révocable
Option 2	S'assurer auprès du Régime général d'assurance médicaments	• Le formulaire Adhésion/Modification de La Capitale doit être rempli pour demander l'exemption • Ce choix est irrévocable • La prime relative au RGAM doit être assumée • Aucune personne à charge ne peut demeurer assurée dans le régime collectif lorsque le participant choisit de s'assurer à la RAMQ • L'administrateur informe l'Assureur par l'intermédiaire de l'Espace administrateur

4.2 Régime d'assurance maladie complémentaire (Option I) Régime d'assurance soins dentaires (Option II)

4.2.1 Participation

Facultative pour la personne salariée et ses personnes à charge, le cas échéant.

4.2.2 Adhésion

Le formulaire doit être rempli dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité sinon des preuves d'assurabilité seront exigées.

Toutefois si la demande d'adhésion est présentée suivant une fin d'exemption du régime d'assurance maladie de base, il est possible d'adhérer, sans preuves d'assurabilité, aux régimes optionnels I ou II si :

- le participant détenait une couverture similaire;
- la demande est présentée dans les 30 jours suivant la cessation de la couverture précédente.

4.2.3 Entrée en vigueur de l'assurance

Veuillez vous référer aux tableaux présentés à la Section 5 *Entrée en vigueur des régimes*.

4.2.4 Preuves d'assurabilité

Veuillez vous référer aux tableaux présentés à la Section 5 *Entrée en vigueur des régimes*.

4.2.5 Statuts de protection

Individuelle	Participant sans personnes à charge
Monoparentale	Participant avec enfants à charge seulement (seul le participant sans conjoint et avec enfants à charge peut choisir ce statut de protection)
Familiale	Participant avec personnes à charge (conjoint seulement ou conjoint et enfants)

Régime	Combinaisons de statut de protection possibles (le statut de protection doit être le même pour l'Option I et l'Option II)			
Régime d'assurance maladie de base volet complet ou réduit	I	F	M	E
Assurance maladie complémentaire (Option I)	I	I ou F	I ou M	I, M ou F
Assurance soins dentaires (Option II)	I	I ou F	I ou M	I, M ou F

E = Exemption, I = Individuelle, M = Monoparentale, F = Familiale

Exceptionnellement, dans le cas où la demande d'adhésion aux régimes optionnels I ou II est refusée pour le conjoint suite à l'examen des preuves d'assurabilité, le participant pourra opter pour une protection monoparentale s'il a des enfants à charge admissibles. Le participant pourra toutefois choisir de maintenir le statut de protection qu'il détenait avant la demande.

4.2.6 Période de participation

Les régimes et le statut de protection choisis doivent être maintenus pour une période minimale de participation de 36 mois. Après cette période, le participant peut, en tout temps, cesser de participer à ces régimes en avisant l'employeur par écrit. Pour le participant qui modifie son statut de protection à la hausse, une nouvelle période de participation de 36 mois débute.

4.3 Régime d'assurance vie du participant actif (Option III)

4.3.1 Participation

Facultative pour la personne salariée et ses personnes à charge, le cas échéant.

4.3.2 Adhésion

- **Assurance vie de base**

Le formulaire doit être rempli dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité ou de l'un des événements prévus à l'article 4.4 *Événements ouvrant droit à la modification des protections.*

- **Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles
Assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge**

Le formulaire doit être rempli dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité ou de l'un des événements prévus à l'article 4.4 *Événements ouvrant droit à la modification des protections.*

La participation est conditionnelle à la participation à la garantie d'assurance vie de base.

- **Assurance vie additionnelle du participant
Assurance vie additionnelle du conjoint**

Le formulaire d'adhésion peut être rempli en tout temps.

La participation est conditionnelle à la participation à l'assurance vie de base du participant et à l'assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge.

4.3.3 Entrée en vigueur de l'assurance

Veillez vous référer aux tableaux présentés à la Section 5 *Entrée en vigueur des régimes.*

4.3.4 Preuves d'assurabilité

Veillez vous référer aux tableaux présentés à la Section 5 *Entrée en vigueur des régimes.*

Des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps pour adhérer aux garanties d'assurance vie additionnelle du participant et du conjoint.

De plus, si la personne salariée met fin à sa participation à l'une de ces garanties d'assurance vie, des preuves d'assurabilité doivent être fournies à la satisfaction de l'Assureur lors d'une nouvelle demande d'adhésion.

4.3.5 Désignation de bénéficiaire

Le participant doit désigner un bénéficiaire pour le régime d'assurance vie. En l'absence d'une telle désignation, le montant d'assurance vie, en cas de décès, sera versé aux « héritiers légaux ».

Le participant doit préciser si son choix est **révocable ou irrévocable**.

Lorsqu'il y a plus d'un bénéficiaire désigné sans indication de leurs intérêts respectifs, les montants d'assurance payables sont divisés en parts égales entre les bénéficiaires. L'Assureur a la responsabilité de s'assurer que la désignation est conforme à la loi et de faire le suivi auprès du participant s'il y a lieu.

En vertu de l'article 2455 C.c.Q, lorsqu'un adhérent désigne plusieurs bénéficiaires en indiquant des pourcentages et que les pourcentages ne totalisent pas 100 %, la portion restante est payable à la succession.

4.4 Événements ouvrant droit à la modification des protections

Lors de l'embauche, les personnes salariées admissibles à l'assurance collective font des choix de protection qui peuvent être modifiés ultérieurement selon les règles établies par l'Assureur.

4.4.1 Obtention d'un premier poste (secteur de la santé)

Le participant peut adhérer, selon le statut de protection désiré (individuel, monoparental ou familial) à un ou plusieurs régimes optionnels (voir article 4.2.5 *Statuts de protection*), sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, pourvu que la demande soit présentée dans les 30 jours suivant l'obtention d'un premier poste. Toute demande présentée après ce délai sera sujette à l'acceptation de preuves d'assurabilité par l'Assureur.

4.4.2 Nouveau conjoint tel que défini au contrat Naissance ou adoption d'un premier enfant

Régime d'assurance maladie de base volet complet ou réduit

Le participant peut modifier **à la hausse** son statut de protection (d'individuelle à familiale ou monoparentale, de monoparentale à familiale) à la naissance ou l'adoption d'un premier enfant ou lorsqu'une personne se qualifie à titre de conjoint.

L'adhésion au régime d'assurance maladie de base volet complet ou réduit est obligatoire pour les personnes à charge si elles ne sont pas couvertes en vertu d'un autre régime d'assurance collective.

Régimes optionnels I et II

Le participant peut modifier **à la hausse** sa protection (d'individuelle à familiale ou monoparentale, de monoparentale à familiale) à la date d'effet de l'événement en présentant sa demande dans les 30 jours suivant l'événement. Toute demande présentée après ce délai sera sujette à l'acceptation de preuves d'assurabilité par l'Assureur.

Régime optionnel III

Le participant peut **adhérer** aux garanties d'assurance vie de base du participant, d'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles du participant ainsi qu'à l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, si la demande est présentée dans les 30 jours suivant l'événement. Toute demande présentée après ce délai sera sujette à l'acceptation de preuves d'assurabilité par l'Assureur.

4.4.3 Fin de l'admissibilité du conjoint (décès, séparation ou divorce) ou des enfants à charge (fin des études ou âge maximum atteint).

Régime d'assurance maladie de base volet complet ou réduit

Le participant doit **diminuer** sa protection (de familiale à monoparentale, de monoparentale à individuelle, de familiale à individuelle). Si le participant avait opté pour le volet complet et que la période minimale de participation de 36 mois n'est pas complétée, elle le sera avec le nouveau statut de protection.

Régimes optionnels I et II

Le participant doit **diminuer** sa protection (de familiale à monoparentale, de monoparentale à individuelle, de familiale à individuelle). Si la période minimale de participation de 36 mois n'est pas complétée, elle se poursuivra avec le nouveau statut de protection.

4.5 Situations particulières

4.5.1 Personne salariée admissible qui n'a pas rempli son formulaire d'adhésion

4.5.1.1 En cas de refus

La personne salariée est automatiquement et uniquement assurée en vertu du régime d'assurance maladie de base, volet complet, selon la protection individuelle, à compter de la date d'admissibilité.

4.5.1.2 En cas d'incapacité

La personne salariée est automatiquement et uniquement assurée en vertu du régime d'assurance maladie de base volet complet, à compter de sa date d'admissibilité. La protection individuelle, monoparentale ou familiale est alors déterminée en fonction de l'état civil connu. Une note explicative doit être ajoutée sur le formulaire d'adhésion par l'employeur indiquant la raison qui empêche la personne salariée de remplir cette demande et la date probable à laquelle elle pourra le faire.

La personne salariée peut ultérieurement sans effet rétroactif réviser ce choix de protection et adhérer aux régimes optionnels, sans preuves d'assurabilité, à la condition que la demande d'adhésion soit effectuée dans les 30 jours suivant la date où elle est en mesure de le faire.

5. Entrée en vigueur des régimes

Les tableaux présentés aux pages suivantes fournissent des précisions additionnelles concernant l'entrée en vigueur des différentes modifications possibles aux régimes d'assurance (ajout ou annulation de régimes, changement aux statuts de protection, demande ou retour d'exemption) selon que la demande est effectuée ou non dans les délais requis.

SECTION 5 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES RÉGIMES

DEMANDE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATION EFFECTUÉE
DANS LES 30 JOURS DE LA DATE D'ADMISSIBILITÉ OU D'UN ÉVÉNEMENT

DANS LES 30 JOURS DE L'ADMISSIBILITÉ		MODIFICATIONS DES RÉGIMES		DANS LES 30 JOURS D'UN ÉVÉNEMENT		EXEMPTION (voir article 4.1.1.1)	
Régime	Adhésion à l'embauche	Ajout	Annulation ou diminution	À la hausse	À la baisse	Demande	Retour
Maladie de base Volet complet ou réduit (obligatoire)	Date de l'admissibilité	De réduit à complet : Date de réception de la demande par l'Assureur	De complet à réduit : Date de réception de la demande par l'Assureur (si période de 36 mois complétée)	Date de l'événement	Date de l'événement	À l'embauche : date de l'admissibilité En cours d'assurance : date d'admissibilité à l'autre régime collectif	Date de cessation de l'autre régime collectif pour l'assurance maladie de base.
OPTION I Maladie complémentaire	Date de l'admissibilité	Preuves d'assurabilité requises Date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur, sauf dans le cas de l'obtention d'un premier poste (secteur santé) : date de l'obtention du poste	Date de réception de la demande par l'Assureur (si période de 36 mois complétée)	Date de l'événement	Date de réception de la demande par l'Assureur (si période de 36 mois de participation complétée ou selon les modalités prévues à l'article 4.4.3)	N/A	Si demande d'adhésion aux Options I et II : Option I Accordée automatiquement à la même date. Option II Accordée sans preuves d'assurabilité à cette date si le participant démontre qu'il était couvert pour les soins dentaires à la date de la cessation de l'autre régime collectif.
OPTION II Soins dentaires	Date de l'admissibilité	Preuves d'assurabilité requises Date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur, sauf dans le cas de l'obtention d'un premier poste (secteur santé) : date de l'obtention du poste	Date de réception de la demande par l'Assureur (si période de 36 mois complétée)	Date de l'événement	Date de réception de la demande par l'Assureur (si période de 36 mois de participation complétée ou selon les modalités prévues à l'article 4.4.3)	N/A	
OPTION III Vie	Date de l'admissibilité	Date de l'événement ou de l'obtention d'un premier poste (secteur santé) (assurance vie de base de l'adhérent, MMA et vie familiale)	Date de réception de la demande par l'Assureur	Date de l'événement (assurance vie du conjoint et des enfants à charge)	Date de l'événement (assurance vie du conjoint et des enfants à charge)	N/A	N/A

 Pour les garanties d'assurance vie additionnelle du participant et du conjoint prévues au Régime d'assurance vie (option III), des preuves d'assurabilité sont toujours exigées.

SECTION 5 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES RÉGIMES

DEMANDE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATION EFFECTUÉE

PLUS DE 30 JOURS APRÈS LA DATE D'ADMISSIBILITÉ OU D'UN ÉVÉNEMENT OU EN L'ABSENCE D'UN ÉVÉNEMENT

PLUS DE 30 JOURS APRÈS LA DATE DE L'ADMISSIBILITÉ		PLUS DE 30 JOURS APRÈS UN ÉVÉNEMENT OU EN L'ABSENCE D'ÉVÉNEMENT			EXEMPTION (voir article 4.1.1.1)	
		MODIFICATIONS DES RÉGIMES		MODIFICATIONS AU STATUT DE PROTECTION (Individuelle, monoparentale, familiale)		
Régime	Adhésion à l'embauche	Ajout	Annulation ou diminution	À la hausse	À la baisse	Retour
Maladie de base Volet complet (obligatoire)	Date de l'admissibilité	De réduit à complet : Date de réception de la demande par l'Assureur	De complet à réduit : Date de réception de la demande par l'Assureur (si période de 36 mois de participation complétée)	Date de réception de la demande par l'Assureur	Date de réception de la demande par l'Assureur	Date de réception de la demande par l'Assureur
OPTION I Maladie complémentaire	Preuves d'assurabilité requises Date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur.	Preuves d'assurabilité requises Date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur.	Date de réception de la demande par l'Assureur (si période de 36 mois de participation complétée)	Preuves d'assurabilité requises Date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur.	Date de réception de la demande par l'Assureur (si période de 36 mois de participation complétée ou selon les modalités prévues à l'article 4.4.3)	
OPTION II Soins dentaires	Preuves d'assurabilité requises Date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur.	Preuves d'assurabilité requises Date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur.	Date de réception de la demande par l'Assureur (si période de 36 mois de participation complétée)	Preuves d'assurabilité requises Date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur.	Date de réception de la demande par l'Assureur (si période de 36 mois de participation complétée ou selon les modalités prévues à l'article 4.4.3)	
OPTION III Vie	Preuves d'assurabilité requises Date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur.	Preuves d'assurabilité requises Date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur.	Date de réception de la demande par l'Assureur	Preuves d'assurabilité requises Date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur.	Date de réception de la demande par l'Assureur	N/A

 Pour les garanties d'assurance vie additionnelle du participant et du conjoint prévues au Régime d'assurance vie (Option III), des preuves d'assurabilité sont toujours exigées.

6. Interruption temporaire du travail

Lors d'une absence temporaire, s'il y a lieu, l'employeur doit convenir des modalités de paiement des primes durant cette période, et ce, avant le départ de celui-ci.

Pour le secteur des commissions scolaires, c'est l'Assureur qui est responsable de facturer individuellement le participant.

Pour le secteur de la santé et les autres secteurs, l'employeur doit prendre entente avec le participant avant son départ pour le prélèvement de la prime.

Consultez l'aide-mémoire à la Section 12 *Procédures administratives*.
Il présente les principales procédures administratives en vigueur.

Pour plus de détails, nous vous référons également à l'article 10.4 *Paiement des primes durant une absence temporaire* de la Section 10 *Facturation*.

6.1 Tableaux des absences et modalités de maintien

Absences avec maintien obligatoire de la participation à tous les régimes
Congé avec solde ou congé sans solde de 30 jours ou moins
Retrait préventif ou congé de maternité, paternité, d'adoption ou parental
Congé partiel sans solde (à la suite d'un congé parental)

Absences avec suspension possible pour ne conserver que le régime d'assurance maladie de base volet complet ou réduit ⁽¹⁾
Congé sans solde d'une durée supérieure à 30 jours (incluant congé sans solde suivant un retrait préventif ou un congé de maternité, paternité ou parental)
Congé à traitement différé
Congédiement contesté ou suspension

- ⁽¹⁾ Par défaut, les régimes optionnels seront automatiquement suspendus.
Le participant qui désire maintenir ses régimes doit présenter sa demande dans les 31 jours de l'événement.

Aucune demande de maintien ne sera possible par la suite.

6.2 Congé partiel sans solde (à la suite d'un congé parental)

Le participant qui bénéficie d'un congé partiel sans solde en prolongation d'un congé parental (maternité, paternité ou adoption) maintient sa participation aux régimes comme s'il ne bénéficiait pas d'un tel congé. Les montants d'assurance vie, s'il y a lieu, sont déterminés conformément à la situation prévalant avant le début du congé.

6.3 Congé à traitement différé

Le participant qui bénéficie d'un congé dans le cadre d'un programme de congé à traitement différé, comme prévu à la convention collective, doit maintenir sa participation au régime d'assurance maladie de base. Il peut également maintenir sa participation aux régimes optionnels. La prime ainsi que les montants d'assurance vie sont déterminés sur la base du salaire ou traitement qu'il recevrait s'il ne participait pas à un tel programme.

6.4 Congédiement contesté ou suspension

Le texte suivant s'applique si aucune mention à cet effet n'apparaît à la convention collective.

Le participant congédié ou suspendu pour une période de quatre semaines ou plus, pour lequel le congédiement ou la suspension est contesté par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du Code du travail, doit maintenir sa participation au régime d'assurance maladie de base avec paiement de primes (incluant la part de l'employeur) et peut également maintenir sa participation aux régimes optionnels jusqu'à ce que la décision finale, incluant les procédures d'appel le cas échéant, soit rendue. Advenant le cas où le participant congédié a gain de cause et qu'il n'a pas maintenu sa participation aux régimes optionnels, celle-ci est remise en vigueur à la date où la décision est rendue.

Le paiement de la prime, par le participant, se fait généralement par l'intermédiaire de l'employeur.

6.5 Particularités pour le secteur scolaire

6.5.1 Mise à pied cyclique

L'employé de soutien visé par une mise à pied cyclique à la fin de l'année scolaire demeure assuré jusqu'à la fin du cycle de 26 périodes de paie.

6.5.2 Fin de contrat

L'employé de soutien embauché pour un contrat de 10 mois et visé par une fin de contrat à la fin de l'année scolaire voit son assurance se terminer à la date de fin du contrat. Le remboursement des primes payées en trop peut être demandé à La Capitale.

7. Exonération des primes

Un participant qui s'absente en raison d'une invalidité bénéficie de l'exonération du paiement de ses primes à l'expiration du délai indiqué ci-après.

Consultez l'aide-mémoire à la Section 12 Procédures administratives.
Il présente les principales procédures administratives en vigueur.

7.1 Début de l'exonération des primes

7.1.1 Secteur de la santé et des services sociaux

Catégorie	Début d'exonération
Personne salariée à temps complet	À compter de la 8 ^e journée ouvrable
Personne salariée à temps complet travaillant 4 jours par semaine dans le cadre du programme de réduction du temps de travail	À compter de la 6 ^e journée ouvrable
Personne salariée à temps partiel	À compter de la 9,9 ^e journée de calendrier

7.1.2 Autres secteurs

À compter de la 8^e journée ouvrable.

Le participant est exonéré du paiement des primes à compter de la première période de paie complète suivant la date à laquelle il a droit à l'exonération. Lors de la fin de l'exonération, les ajustements se font sur la première période de paie complète suivant la date de fin d'exonération.

L'employeur n'est exonéré du paiement de sa part de la prime qu'à la fin de la période de versement des prestations d'assurance salaire prévue à la convention collective, soit après la 104^e semaine d'invalidité.

L'exonération des primes ne s'applique pas aux garanties d'assurance vie de la personne retraitée, d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge de la personne retraitée et d'assurance vie additionnelle du conjoint de la personne retraitée.

7.2 Fin de l'exonération des primes

L'employeur est responsable d'informer l'Assureur lorsqu'un des événements suivants se produit :

- Retour au travail à temps complet
- Assignment temporaire
- Fin du lien d'emploi (retraite ou autre)

L'exonération du paiement des primes se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le participant n'est plus invalide;
- la date à laquelle le participant atteint 65 ans. Si l'employé est toujours en lien d'emploi et est à l'intérieur de son premier 36 mois d'invalidité, l'employeur est responsable de lui facturer la prime jusqu'au 36^e mois d'invalidité, le cas échéant;
- la date à laquelle le droit aux prestations d'assurance salaire de longue durée se termine;
- pour les régimes d'assurance maladie (de base et complémentaire) et de soins dentaires:
 - la date correspondant à la fin d'une période de 36 mois suivant la date de début de l'invalidité;
 - la date de terminaison du contrat ou d'un régime ou la date indiquée dans l'avis écrit du Comité confirmant la cessation d'appartenance d'un groupe de salariés à la partie syndicale dont la personne invalide faisait partie;
 - la date de rupture du lien d'emploi avec le participant.

7.3 Dispositions relatives à une lésion professionnelle

7.3.1 Lésion professionnelle non consolidée

Lorsque le participant est victime d'une lésion professionnelle, qu'il ne peut reprendre son emploi et dont la lésion n'est toujours pas consolidée selon son médecin traitant, il bénéficie de l'exonération du paiement des primes, sous réserve des modalités prévues à l'article 7.2 *Fin de l'exonération des primes*, et ses protections sont maintenues pour une période maximale d'un an, à compter de la fin des indemnités de remplacement de revenu versées par la CNESST.

7.3.2 Assignment temporaire

- Le participant bénéficie de l'exonération des primes pour toute période de paie au cours de laquelle il reçoit une indemnité de remplacement de revenu, sous réserve des modalités prévues à l'article 7.2 *Fin de l'exonération des primes*;
- Le participant ne bénéficie pas de l'exonération des primes s'il ne reçoit pas d'indemnité de remplacement de revenu.

7.3.3 Lésion professionnelle avec droit à la réadaptation

Lorsque le participant est victime d'une lésion professionnelle et qu'il bénéficie du droit à la réadaptation, conformément aux articles 145 et suivants de la Loi sur les accidents de travail et maladies professionnelles, il bénéficie de l'exonération du paiement des primes et ses protections sont maintenues dans les cas suivants :

- le participant est en recherche d'emploi dans le cadre d'un programme de réadaptation ;
- le participant occupe un emploi qui n'est pas son emploi habituel chez l'employeur d'origine ;
- le participant occupe un emploi chez un autre employeur.

Toutefois, l'exonération du paiement des primes se termine dès que le participant a complété 36 mois d'invalidité. Si le lien d'emploi est maintenu, La Capitale facturera l'adhérent jusqu'au retour au travail ou la fin du lien d'emploi.

7.3.4 Retrait préventif

La participante qui bénéficie d'un retrait préventif approuvé par la CNESST, en raison de sa grossesse, n'est pas admissible à l'exonération du paiement des primes.

7.3.5 Dépôt d'un grief lié à une invalidité

Le participant qui dépose un grief à la suite de la contestation de son invalidité ou de l'imposition d'une mesure administrative en lien avec son invalidité demeure exonéré, pendant la procédure de grief, du paiement des primes pour l'ensemble des régimes auxquels il participe, jusqu'à la première des dates suivantes :

- la date de son retour au travail;
- la date de la décision d'un arbitre;
- la date d'une entente entre les parties;
- la date correspondant à la fin d'une période de 36 mois suivant la date de début de l'invalidité.

7.3.6 Retour progressif au travail

Lorsque le participant invalide effectue un retour progressif au travail, comme prévu à la convention collective, il demeure exonéré pour toute la durée du retour progressif. Toutefois, l'exonération du paiement des primes se termine dès que le participant a complété 36 mois d'invalidité.

8. Cessation d'emploi et terminaison de l'assurance

La cessation d'emploi signifie généralement la fin de l'admissibilité du participant aux régimes d'assurance collective. Afin d'éviter que des prestations soient versées en trop, nous vous invitons à nous aviser sans délai de la terminaison de l'assurance du participant en suivant les instructions présentées dans l'aide-mémoire à la Section 12 *Procédures administratives*.

8.1 Droit de transformation

Toutes les garanties d'assurance vie détenues par le participant incluent un droit de transformation applicable lors de certaines situations, et selon les conditions prévues pour chacune de ces situations :

- Fin de l'admissibilité du participant au contrat d'assurance collective;
- Fin du contrat ou de la garantie d'assurance vie.

Ce droit de transformation permet à un participant âgée de moins de 65 ans à la date de la fin de son admissibilité de transformer en tout ou en partie le montant d'assurance vie détenu en vertu d'un contrat d'assurance collective par lui-même ou par ses personnes à charge, le cas échéant, en un montant d'assurance vie individuelle, jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 400 000 \$.

Le participant doit présenter une demande écrite à l'Assureur au cours des 31 jours suivant la date de fin de l'admissibilité.

9. Retraite

Dès que la date de la retraite d'un participant est connue, il est important d'en informer La Capitale puisque le participant a accès à des produits d'assurance vie collective et d'assurance maladie individuelle offerts aux personnes retraitées.

Veuillez nous communiquer les renseignements à l'adresse courriel retraite6000@lacapitale.com. Inscrire la mention « Avis de départ à la retraite » dans l'objet de votre courriel.

La Capitale fera parvenir au participant la documentation nécessaire pour lui permettre de faire ses choix dans les délais requis.

Toute demande d'adhésion doit être reçue par l'Assureur :

- **Dans les 30 jours suivant la retraite**, dans le cas d'une adhésion à l'assurance vie des participants retraités du contrat 006000;
- **Dans les 60 jours suivant la retraite**, dans le cas d'une adhésion au produit *Perspective assurance maladie et soins de santé*.

9.1 Régimes offerts

9.1.2 Régime d'assurance vie collective

[Dépliant – Assurance vie collective – FR](#)

[Dépliant – Assurance vie collective – EN](#)

9.1.2 Régime d'assurance maladie individuelle

[Dépliant – Perspective assurance maladie et soins de santé – FR](#)

[Dépliant – Perspective assurance maladie et soins de santé - EN](#)

10. Facturation

10.1 Période de primes

La période de primes coïncide avec la période de paie. La prime par période de paie est établie selon le taux de primes et le salaire ou traitement applicable au participant au premier jour de ladite période.

Dans le secteur scolaire, le taux de prime est différent pour un employé dont la tâche est rémunérée sur une période de 10 mois seulement. La prime annuelle basée sur 26 périodes de paie est alors répartie sur 20 périodes de paie uniquement, soit de septembre à juin. Le Zoom sur vos protections pour le secteur scolaire présente les primes applicables pour 20 et 26 périodes de paie.

Lorsque l'assurance d'une personne salariée entre en vigueur un autre jour que le premier jour de la période de paie, aucune prime n'est payable pour ce participant avant la période de paie suivante. La prime complète est payable pour la période de paie au cours de laquelle le participant cesse d'être assuré.

Le même principe s'applique dans le cas d'une variation de la prime lors de modifications des protections.

10.2 Remise des primes à l'Assureur

Les primes sont payables à l'Assureur à la fin de chaque période de 28 jours et correspondent à la somme des montants perçus durant la période. L'employeur doit verser ces primes à l'Assureur au plus tard 45 jours après la fin de la période.

L'employeur a la responsabilité d'effectuer le prélèvement des primes d'assurance et d'en faire remise à l'Assureur dans le délai prescrit. Ni la convention collective, ni le contrat 006000, ni les dispositions sur les assurances prévues au Code civil du Québec n'imposent d'avancer le paiement des primes (part du participant) qui n'ont pu être prélevées par retenue salariale ou par entente avec le participant.

Le paiement par chèque doit être libellé à l'ordre de « La Capitale assureur de l'administration publique inc. ». Si un chèque comporte des primes qui ne se rapportent pas uniquement à la période de paie courante, il est important d'expliquer à quels participants et à quelles autres périodes s'appliquent ces primes (ex. : vacances, rétroactivité, ajustements, etc.) et de détailler celles-ci par garantie.

Le paiement doit être accompagné d'une liste permettant d'identifier facilement :

- le nom des nouveaux participants;
- le nom des participants en absence temporaire, qu'ils maintiennent ou non leur participation aux régimes optionnels;
- le nom et la date de départ des participants qui quittent l'établissement.

Lorsqu'un établissement est détenteur de plus d'un numéro d'employeur dans le contrat 006000, il doit préparer cette liste pour chaque numéro d'employeur.

10.2.1 Documents à joindre

Employeurs facturés

La page « Bordereau de paiement » de votre facture doit être jointe à votre remise lorsque le paiement est fait par chèque.

Seuls les renseignements qui figurent sur les pages « Sommaire » de vos bordereaux de paiement sont requis pour l'encaissement.

Employeurs autofacturés

Puisque le traitement des bordereaux est effectué électroniquement, il n'est pas utile de nous acheminer la version imprimée dans sa totalité puisqu'elle ne sera pas conservée. Nous privilégions donc la transmission de ces documents en utilisant l'adresse courriel suivante :

AGP-Collectif.Perception@lacapitale.com.

10.2.2 Modes de paiement

Paieement par chèque

Le paiement doit être libellé à l'ordre de « La Capitale assureur de l'administration publique inc. », en spécifiant le numéro d'employeur et la période visée par le paiement et posté à l'adresse suivante :

La Capitale Assurances et services financiers
625, rue Jacques-Parizeau
Case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9

Il est nécessaire de transmettre les pages sommaires des bordereaux avec votre paiement.

Dépôt bancaire

Vous pouvez également effectuer vos paiements par dépôt bancaire. Pour y adhérer, vous n'avez qu'à remplir le formulaire ci-dessous. Une fois le formulaire rempli, vous pourrez le numériser et nous le retourner.

[Adhésion au dépôt bancaire primes d'assurance collective](#)
[Application for direct deposit group insurance premiums](#)

Afin de réduire le temps de traitement de vos paiements et d'éviter toute erreur lors d'un paiement effectué par dépôt bancaire, **il est très important de faire parvenir le détail de paiement de primes et la preuve du dépôt bancaire** à l'adresse suivante : AGP-Collectif.Perception@lacapitale.com en incluant les informations suivantes :

- Le numéro de groupe
- Le numéro d'employeur
- La date du dépôt
- Le montant de la remise de primes

10.3 Taxe de vente sur les primes

Sur le total de la prime remise à l'Assureur, qui inclut la part du participant et la part de l'employeur, la taxe de vente doit être calculée. Pour répondre aux exigences de la Loi sur la taxe de vente, vous devez percevoir une taxe au détail sur les primes versées selon le taux prescrit de la province de résidence du participant.

10.4 Paiement des primes durant une absence temporaire

ABSENCE	PRÉLÈVEMENT DES PRIMES		PART DE LA PRIME EMPLOYEUR/ PARTICIPANT
	Secteur scolaire	Secteur santé et autres organismes	
Retrait préventif	Facturation individuelle par l'Assureur après réception du code de congé par l'employeur	L'employeur est responsable du prélèvement des primes	L'employeur et le participant continuent de verser leurs primes respectives
Congé de maternité et paternité	L'employeur est responsable du prélèvement des primes	L'employeur est responsable du prélèvement des primes	L'employeur et le participant continuent de verser leurs primes respectives
Congé parental	Facturation individuelle par l'Assureur après réception du code de congé par l'employeur	L'employeur est responsable du prélèvement des primes	L'employeur et le participant continuent de verser leurs primes respectives
Congé avec solde ou congé sans solde de 30 jours ou moins	L'employeur est responsable du prélèvement des primes	L'employeur est responsable du prélèvement des primes	L'employeur et le participant continuent de verser leurs primes respectives
Congé sans solde d'une durée supérieure à 30 jours	Facturation individuelle par l'Assureur après réception du code de congé par l'employeur	L'employeur est responsable du prélèvement des primes	Le participant assume sa part de la prime ainsi que celle de l'employeur
Maintien du lien d'emploi après 36 mois d'invalidité	Facturation individuelle par l'Assureur tant que le lien d'emploi est maintenu	Facturation individuelle par l'Assureur tant que le lien d'emploi est maintenu	Le participant assume sa part de la prime ainsi que celle de l'employeur

10.5 Calcul et perception des primes d'assurance vie lors d'une absence temporaire

En cas de facturation par l'employeur lors d'une absence temporaire, le calcul de la prime pour le régime d'assurance vie doit être effectué de la façon suivante :

- **Pour une personne salariée à temps complet**
Les montants d'assurance vie de base et additionnelle sont maintenus conformément à la situation prévalant avant le début du congé.
- **Pour une personne salariée à temps partiel**
Dans le secteur de la santé et des services sociaux :

Les montants d'assurance vie de base et additionnelle sont déterminés selon une proportion du salaire ou traitement établie au prorata du temps rémunéré par rapport au temps rémunéré sur la base du temps plein au cours des douze mois précédant le début de l'absence temporaire ou du congé parental pour lesquels aucune période d'invalidité, de congé parental, de congé sans solde ou de vacances n'a été autorisée. La période sur laquelle la moyenne de temps est calculée ne peut cependant précéder l'entrée en service du participant. Dans ce cas, les calculs sont effectués sur la période ainsi réduite. Lorsqu'une invalidité débute ou qu'un décès survient au cours de cette période, les montants d'assurance vie sont basés sur cette même proportion du salaire ou traitement.

Dans les autres secteurs :

Les montants d'assurance vie de base et additionnelle du participant sont basés sur la proportion du salaire ou traitement gagné la veille de son départ. Lorsqu'une invalidité débute ou qu'un décès survient au cours de cette période, les montants d'assurance vie sont basés sur cette même proportion du salaire ou traitement.

10.6 Non-paiement des primes par le participant

L'administrateur doit aviser le participant de son obligation de payer ses primes d'assurance lors d'une période de mise à pied temporaire, d'une absence temporaire du travail ou lorsque le salaire versé n'est pas suffisant pour couvrir les primes d'assurance. Il doit convenir avec le participant de la façon d'assumer cette obligation.

Lorsque le participant est en défaut de paiement, l'employeur doit l'informer par écrit :

- qu'il est en défaut de paiement de sa prime depuis le XXXX-XX-XX;
- qu'il dispose d'un délai de 30 jours pour payer la somme due.

Si le participant est toujours en défaut de paiement des primes une fois le délai de l'administrateur atteint, une copie de cette lettre sera acheminée à l'Assureur.

Si le participant est assuré en vertu du régime d'assurance maladie de base, l'Assureur communiquera alors par écrit avec le participant et lui accordera une période additionnelle de 30 jours afin de lui permettre d'acquitter ses primes. Une copie de cette lettre sera acheminée à la Régie d'assurance maladie du Québec et le régime de base d'assurance maladie sera maintenu jusqu'à l'expiration de ce délai supplémentaire de 30 jours.

Si le participant est assuré en vertu des régimes optionnels, ceux-ci seront annulés à la date à laquelle l'employeur confirme à l'Assureur que le participant est en défaut de paiement. Des preuves d'assurabilité seront requises pour réactiver les régimes optionnels.

Si le participant s'acquitte de son obligation avant son retour au travail, l'administrateur devra aviser l'Assureur, en communiquant avec son technicien attitré. Le régime d'assurance maladie de base sera alors réactivé rétroactivement à la date à laquelle il avait été annulé. Le participant devra, quant à lui, confirmer à la RAMQ qu'il a régularisé sa situation.

Dans le cas où le participant ne régularise pas sa situation durant son absence, le régime d'assurance maladie de base sera réactivé à la date de son retour au travail.

Toutes les prestations versées pour des périodes de primes non acquittées seront réclamées au participant.

10.7 Primes dues et remboursement

Pour obtenir un remboursement de primes payées en trop, l'employeur doit faire parvenir à l'Assureur une demande écrite et détaillée. Il ne peut, en aucun cas, créditer ces montants sur les remises ultérieures. Sur acceptation de la demande de remboursement par l'Assureur, celui-ci émet un chèque à l'employeur.

L'Assureur rétroagira pour une période maximale d'un an à compter de la date où l'irrégularité a été constatée.

Aucun chèque n'est émis pour un remboursement de primes inférieur à 5,00 \$.

10.8 Changement de salaire ou traitement

À moins d'indication contraire de la part du Comité, toute augmentation ou diminution des prestations et des primes, par suite d'un changement de salaire du participant, s'applique, et ce, rétroactivement s'il y a lieu, à la date effective dudit changement, pourvu qu'à cette date le participant ne soit pas invalide depuis plus de 104 semaines, sinon, à la date de la fin de sa période d'invalidité. L'Assureur devra, le cas échéant, ajuster rétroactivement les prestations d'assurance vie qu'il a versées. En contrepartie, les primes doivent être perçues sur les ajustements de salaire rétroactifs.

Il ne faut pas prélever de primes sur un versement forfaitaire puisqu'il n'est pas incorporé au salaire ou traitement.

11. Demande de prestations

11.1 Assurance vie

11.1.1 Lors du décès du participant

Si le participant détient le régime d'assurance vie, il appartient au liquidateur de la succession de communiquer avec le Service des relations avec la clientèle de La Capitale. Lors du règlement d'une réclamation relative au décès du participant, l'Assureur vérifie le salaire auprès de l'employeur.

L'Assureur communique avec les personnes à charge assurées, le cas échéant afin de les informer de la prolongation de la protection selon ce qui est prévu au contrat.

11.1.2 Lors du décès d'une personne à charge

Lors du décès d'une personne à charge il appartient au participant de communiquer avec le Service des relations avec la clientèle de La Capitale ainsi qu'avec son administrateur afin d'apporter des modifications, s'il y a lieu.

Service des relations avec la clientèle
Téléphone : 418 644-4200
Sans frais : 1 800 463-4856

11.1.3 Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale du participant

Sur acceptation de l'Assureur, tout participant totalement invalide dont l'espérance de vie est de moins de 12 mois peut obtenir le paiement d'une partie du montant d'assurance vie de base et d'assurance vie additionnelle payables à son décès.

Pour obtenir le paiement anticipé, le participant doit communiquer avec le Service des relations avec la clientèle de La Capitale pour obtenir le formulaire Demande de paiement anticipé d'assurance vie.

Téléphone : 418 644-4200
Sans frais : 1 800 463-4856

11.2 Assurance maladie et soins dentaires

Le participant peut soumettre ses réclamations à La Capitale de différentes façons :

11.2.1 Médicaments et soins dentaires

Lors de l'achat de médicaments ou d'une visite chez le dentiste, la personne assurée présente sa carte de services et ne paie que pour la partie non assurée. La carte de services est disponible sur l'application mobile.

11.2.2 Soins complémentaires

Le participant peut soumettre ses réclamations en joignant les photos de ses reçus. Les délais courants de traitement s'appliquent pour ces frais.

L'application mobile de l'Espace client peut être téléchargée gratuitement à partir de Google Play ou d'App Store.

Le participant doit conserver ses reçus originaux pendant 12 mois aux fins de vérification.

11.2.3 La réclamation papier

Le participant peut transmettre ses réclamations en utilisant nos divers formulaires disponibles en ligne à www.lacapitale.com/formulaires.

Pour tout autre renseignement, invitez les participants à consulter l'Espace client à lacapitale.com. Ils auront ainsi accès aux détails de leur dossier d'assurance collective, entre autres à :

- La description des régimes
- Les montants d'assurance vie détenus
- Leurs demandes de prestations (réclamations)
- Divers formulaires
- Leurs relevés de paiement électroniques

12. Procédures administratives

En tant que responsables des assurances, vous avez différentes actions à poser quotidiennement dans le cadre de la gestion de ce régime d'assurance collective, que ce soit dans votre système de paie ou dans l'Espace administrateur.

Espace administrateur

L'Espace administrateur vous permet d'accéder à diverses fonctionnalités et documents.

- Sommaire des protections
- Brochures
- Communication pour les employeurs et participants
- Formulaires administratifs
- Créer le dossier des participants
- Modifier le dossier des participants
- Consulter le dossier des participants
- Consulter votre tableau de bord pour vos adhésions en attente et vos dernières activités
- Relevés de primes
- Pour les employeurs facturés : Outil de calcul des avantages imposables

Aide-mémoire – Procédures administratives

Nous avons regroupé les procédures administratives courantes dans un aide-mémoire, vous y trouverez :

- Le formulaire à remplir selon les situations
- La saisie au système de paie (employeurs auto-facturés)
- L'information à inscrire à l'Espace administrateur

Nous vous invitons à prendre connaissance dès maintenant de l'aide-mémoire qui correspond à votre mode de facturation. Ce document vous sera sans aucun doute fort utile.

Aide-mémoire

- [Employeurs auto-facturés \(Médiosolution ou Logibec\) \(excluant Vigi Santé\)](#)
- [Employeurs facturés, auto-facturés \(incluant Vigi Santé\)](#)
- [Employeurs avec fournisseur de paie GRICS](#)

13. Documents pour l'administration du régime

Formulaires	
Adhésion ou modification à l'assurance collective	Téléchargement
Déclaration d'assurabilité	Téléchargement
Déclaration d'assurabilité régime de soins dentaires	Téléchargement
Avis d'interruption temporaire de travail	Téléchargement
Désignation de bénéficiaire	Téléchargement
Déclaration de statut de fumeur à non-fumeur	Téléchargement
Demande d'exemption	Téléchargement
Demande de retour d'exemption	Téléchargement

Forms	
Application – Modification to group insurance	Téléchargement
Evidence of insurability	Téléchargement
Declaration of insurability – Dental care insurance plan	Téléchargement
Temporary work interruption notice	Téléchargement
Designation of beneficiary	Téléchargement
Status statement smoker or non-smoker	Téléchargement
Application for exemption	Téléchargement
Termination of exemption	Téléchargement

14. Nous joindre

Pour toute demande d'assistance ou pour obtenir des formulaires ou autres documents, voici comment joindre La Capitale :



SERVICE À LA CLIENTÈLE - GROUPE

Téléphone

1. Composer le 418 747-7376 ou le numéro sans frais 1 877 967-7376
2. Composez le 1 puis le numéro du contrat (006000)
3. Faites ensuite le numéro de votre technicien attitré

Télécopieur : 418 646-1313

Adresse :

La Capitale Assurance et services financiers
625, rue Jacques-Parizeau
Case postale 1500
Québec (QC) G1K 8X9

Courrier électronique :

- Secteur Santé et autres organismes : 6000-Sante@lacapitale.com
- Secteur Scolaire : cssb@lacapitale.com