Guide administratif



Régimes d'assurance collective du personnel des centres de la petite enfance (CPE) et des garderies subventionnées du Québec

MINISTÈRE DE LA FAMILLE

CONTRAT N° N001

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

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

20004F (2020-01)

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

Contrat nº 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

1 INTRODUCTION 1

1.1 OBJECTIFS DU GUIDE ADMINISTRATIF 2

1.2 COORDONNEES DE NOS SERVICES ADMINISTRATIFS 3

1.2.1 Coordonnées générales 3

1.2.2 Envoi de documents ou mises à jour des informations concernant les assurées 3

1.2.3 Site Web 5

1.3 COORDONNEES DE NOS SERVICES DE PRESTATIONS 5

1.3.1 Soins médicaux et soins dentaires 6

1.3.2 Assurance salaire de courte durée, assurance salaire de longue durée et régime de congés de maternité 6

1.3.3 Assurance vie et mutilation accidentelle 6

2 LISTE DES FORMULAIRES 7

2.1 Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé 9

2.1.1 L'avis relatif à la constitution d'un dossier personnel 9

2.1.2 L'autorisation à la cueillette de renseignements personnels et à leur communication à des tiers 9

2.2 Formulaires à remplir selon certaines situations 10

3 DISPOSITIONS GÉNÉRALES 12

3.1 CONTENU DES RÉGIMES SELON LE MODULE CHOISI 12

3.2 DÉFINITIONS 12

3.2.1 Adhérente 12

3.2.2 Personne Assurée 12

3.2.3 Année d'assurance 12

3.2.4 Comité paritaire 13

3.2.5 Congé sans solde -ok 13

3.2.6 Délai de carence 13

3.2.7 Effectivement au travail 13

3.2.8 Employée 14

3.2.9 Employeur 14

3.2.10 Invalidité totale 14

3.2.11 Jour ou journée ouvrable 15

3.2.12 Même période d'invalidité totale 15

3.2.13 Personnes à charge 15

3.2.14 Retour au travail 16

3.2.15 Salaire assurable (Salaire : sera utilisé comme diminutif dans le présent document) 16

3.2.16 Salaire assurable annuel maximum 17

4 ADHÉSION 18

4.1 DEMANDE INITIALE DU CPE OU DE LA GARDERIE POUR L'ENSEMBLE DU PERSONNEL 18

4.2 CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ 18

4.2.1 Pour le régime d'assurance collective 19

4.2.2 Changement de statut suite à une abolition de poste et incidence sur l'admissibilité de l'employée 23

4.2.3 Fermeture temporaire d'un établissement et incidence sur l'admissibilité de l'employée 24

4.3 PARTICIPATION 24

4.3.1 Propriétaire/actionnaire salariée 24

4.3.2 Salariée 25

4.4 LOI SUR L'ASSURANCE MÉDICAMENTS ET OBLIGATIONS QUI EN DÉCOULENT 26

4.5 DROIT D'EXEMPTION ET FIN DU DROIT D'EXEMPTION 26

4.5.1 Droit d'exemption 26

4.5.2 Fin du droit d'exemption 27

4.6 DEMANDE D'ADHÉSION DE L'EMPLOYÉE 28

4.7 DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE 28

4.8 ATTESTATION D'ASSURANCE ..... **Erreur ! Signet non défini.**

4.9 DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE 29

4.9.1 Qui peut être désigné comme bénéficiaire? 29

4.9.2 Implications légales du statut de la désignation 30

4.9.3 Particularités s'appliquant au bénéficiaire conjoint légalement marié à l'adhérente 30

4.9.4 Saisie de la prestation de décès 31

5 MODIFICATIONS 32

5.1 MODIFICATIONS NÉCESSITANT LA SIGNATURE DE L'ADHÉRENTE 32

5.1.1 Propriétaire/actionnaire salariée 32

5.1.2 Modifications d'état civil 32

5.1.3 Modification du type de protection 32

5.1.4 Changement de module 34

5.1.5 Droit d'exemption et fin du droit d'exemption 35

5.1.6 Assurance vie additionnelle de l'adhérente 35

5.1.7 Changement de bénéficiaire 35

5.2 MODIFICATIONS NE NÉCESSITANT PAS LA SIGNATURE DE L'ADHÉRENTE 36

5.2.1 Invalidité 36

5.2.2 Modifications de salaire 36

5.2.3 Personne qui atteint l'âge de 65 ans ... 37
5.3 TERMINAISON DE LA COUVERTURE ... 37
5.3.1 De l'adhérente ... 37
5.3.2 Des personnes à charge ... 38
5.4 FIN DU LIEN D'EMPLOI ET INVALIDITÉ EN COURS ... 38
6 FACTURATION ... 39
6.1 LISTE DES ADHÉRENTES ... 39
6.2 FACTURATION ... 39
6.2.1 Bordereau de paiement ... 39
6.2.2 Relevé des primes de l'assurance collective ... 40
6.2.3 Sommaire du relevé ... 41
6.2.4 Relevé des subventions et avantages imposables ... 41
6.3 EXEMPLE DE CALCUL DE PRIMES MENSUELLES ... 42
6.3.1 Assurance vie de base de l'adhérente ... 43
6.3.2 Mutilation accidentelle ... 43
6.3.3 Assurance salaire de courte durée (prestations imposables) ... 43
6.3.4 Assurance salaire de longue durée (prestations non imposables) ... 43
6.3.5 Autres garanties ... 43
6.3.6 Taxe de vente ... 45
7 ABSENCE TEMPORAIRE DU TRAVAIL ... 51
7.1 ENTENTE ENTRE ADHÉRENTE ET EMPLOYEUR ... 51
7.1.1 Absence avec rémunération ... 51
7.1.2 Congé sans solde d'une durée de quatre semaines ou moins ... 51
7.1.3 Congé sans solde d'une durée de plus de quatre semaines ... 51
7.1.4 Congé sans solde pour obligations familiales ... 52
7.1.5 Retrait préventif indemnisé par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (CNESST) ... 52
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) ... 53
7.1.7 Congé de maternité ... 53
7.1.8 Congé parental ... 53
7.1.9 Prolongation de congé de maternité et prolongation de congé parental et de congé d'adoption ... 54
7.1.10 Mise à pied temporaire ... 54
7.1.11 Régime de congé à traitement différé (pour l'employée titulaire d'un poste permanent) ... 54
7.1.12 Congé sans solde partiel ... 55

7.1.13 Grève, lock-out ou cessation concertée de travail 55
7.1.14 Absence sans rémunération (tout type d'absence non prévue au présent guide) .. 56
7.1.15 Tableaux du ministère 56
7.2 PROCÉDURES À SUIVRE 63

8 EXONÉRATION DES PRIMES 64
8.1 DÉBUT DE L'EXONÉRATION DES PRIMES 64
8.1.1 Adhérente recevant des prestations de la CNESST, SAAQ ou IVAC 64
8.1.2 Dans le cas d'un transfert d'assureur 64
8.2 FIN DE L'EXONÉRATION DES PRIMES 65
8.3 ASSIGNATION TEMPORAIRE 65

9 CESSATION D'EMPLOI 66
9.1 DROIT DE TRANSFORMATION 66
9.1.1 Assurance vie 66
9.1.2 Assurance maladie complémentaire (Parcours assurance santé) 66

10 PRESTATIONS 68
10.1 SERVICE 68
10.2 LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LE SECTEUR PRIVÉ 68

11 FRAIS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX 69
11.1 FRAIS DE MÉDICAMENTS – Carte de paiement de médicaments ou formulaire nº 19132 . 69
11.1.1 Personne qui atteint l'âge de 65 ans 70
11.2 FRAIS PARAMÉDICAUX 71
11.3 ASSURANCE VOYAGE 71
11.4 ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE 72
11.5 CONTRÔLE 72
11.6 COORDINATION DES PRESTATIONS ET PARTAGE DES REMBOURSEMENTS 73
11.7 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU RÈGLEMENT DES PRESTATIONS 73

12 ASSURANCE SOINS DENTAIRES 75
12.1 PLAN DE TRAITEMENT 75
12.2 EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS 75
12.3 COORDINATION DES PRESTATIONS ET PARTAGE DES REMBOURSEMENTS 76

13 ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE 77
13.1 DÉLAI DE CARENCE 77

13.2 RENTES PAYABLES ... 77
13.3 DURÉE MAXIMALE DES PRESTATIONS ... 77
13.4 PROCÉDURE À SUIVRE ... 77
13.5 CONTRÔLE ... 78
13.6 COORDINATION DE PROTECTION ... 78
13.7 GROSSESSE ... 79
13.8 SERVICE DE RÉSOLUTION DE PROBLÈMES ... 79
13.9 RETOUR AU TRAVAIL ... 80
13.9.1 Réintégration progressive au travail à la suite d'une invalidité ... 80
13.10 PRIMES 80

14 ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE ... 81
14.1 DÉLAI DE CARENCE ... 81
14.2 RENTES PAYABLES ... 81
14.3 DURÉE MAXIMALE DES PRESTATIONS ... 81
14.4 PROCÉDURE À SUIVRE ... 81
14.5 EXPERTISE MÉDICALE ... 82
14.6 COORDINATION DE PROTECTION ... 82
14.6.1 Intégration directe ... 82
14.6.2 Intégration indirecte ... 82
14.7 GROSSESSE ... 83
14.8 UTILISATION DES ENTREPRISES SPÉCIALISÉES EN RÉADAPTATION AUX FINS D'ÉVALUATION ET DE RÉADAPTATION ... 84
14.9 SERVICE DE RÉSOLUTION DE PROBLÈMES ... 84
14.10 RETOUR AU TRAVAIL ... 84
14.10.1 Réintégration progressive au travail à la suite d'une invalidité ... 84
14.11 PRIMES 85

15 DÉCÈS ... 86
15.1 DÉCÈS DE L'ADHÉRENTE ... 86
15.2 DÉCÈS D'UNE PERSONNE À CHARGE ... 86
15.3 PERTE ACCIDENTELLE DE MEMBRES OU DE LA VUE ... 86
15.4 PAIEMENT ANTICIPÉ DU CAPITAL DE L'ASSURANCE VIE DE BASE ... 87

16 DÉPÔT D'UNE PLAINTE ... 88
16.1 PROCESSUS RECOMMANDÉ À L'ADHÉRENTE LORS D'UNE INSATISFACTION ... 88

16.2 FONCTIONNEMENT DU SOUS-COMITÉ DES PLAINTES 90
16.3 FORMULAIRE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR POUR COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS CONCERNANT L'ADMINISTRATION DU RÉGIME 91
16.4 FORMULAIRE DE PLAINTE À L'ÉGARD DE DESJARDINS ASSURANCES 92
17 SITE SÉCURISÉ POUR LES ADMINISTRATEURS 94
18 COMMUNIQUÉS ..... **Erreur ! Signet non défini.**

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 du régime d'assurance collective 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.

Responsabilités des employeurs

Chaque employeur assume les responsabilités suivantes dans le but de minimiser les coûts du régime d'assurance collective 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 en bref ou le 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;
- pour toute nouvelle employée admissible, l'adhésion initiale devra être complétée en utilisant la plateforme d'adhésion en ligne, les sections A et B du formulaire ***Demande d'adhésion ou de modifications*** devront être complétés et être signés par l'employé ainsi que le formulaire « Preuves d'assurabilité » si nécessaire. Transmettre l'information à l'assureur via le site preneur de Desjardins Assurances et conserver les formulaires pour vos dossiers.
- 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 du régime;
- transmettre à l'assureur toute information requise pour la bonne administration du régime dans les délais prévus au contrat;
- informer l'assureur de toute modification aux données de base d'une assurée qui impacte l'admissibilité au régime ainsi que l'admissibilité de ses personnes à charge 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 COORDONNEES DE NOS SERVICES ADMINISTRATIFS

1.2.1 Coordonnées générales

Pour assistance immédiate, 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 et le retourner à l'adresse suivante : assurancescollectives@dsf.ca

En remplissant ce formulaire, vous pourrez avoir accès au site en mode « Consultation » et nous vous recommandons d'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
- Accéder directement aux formulaires standards et personnalisés
- Communiquer avec nous de façon sécurisée

Sous la section brochure

- Consulter la brochure en bref en format PDF des assurées
- Consulter le guide d'adhésion
- Accéder au présent guide administratif
- Accéder au simulateur de l'année en cours
- Consulter les feuillets de taux de l'année en cours et de l'année précédente
- Le dépliant en référence à la garantie d'assurance maladies graves

- La documentation en référence à la garantie de l'assurance invalidité et l'assurance emploi
- La documentation pour le PAE et le PAG
- Les capsules informatives
- L'enregistrement de la formation aux administratrices
- La page web personnalisée

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 et de retour au travail, à l'exception des dossiers d'assurance salaire
- Transmettre les fins d'emploi et cessations d'assurance

Dès la réception du formulaire « Gestion de l'accès au site sécurisé » (02301F) dûment rempli, un code d'utilisateur et un mot de passe temporaire seront créés et vous seront retournés par courriel.

b) **Transmission de données confidentielles**

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.

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.

Pour ce faire, veuillez communiquer par courriel à : **service-mfa@dsf.ca**

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

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 en autant qu'il détienne un code d'utilisateur et un mot de passe - voir section a) ci-haut

1.2.3 Site Web

Voici l'adresse à retenir:

https://www.desjardins.com/qc/fr/assurances/collective/cpe-garderie.html

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 connaitre 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 COORDONNEES 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 employés et des assurés

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 assurés

Service bilingue

De la région immédiate de Québec	(418) 838-7750
De la région immédiate de Montréal	1 877 838-7750
Télécopieur	(418) 833-2538 1 877 623-2538

À l'usage des responsables de l'administration et des assurés

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

1.3.3 Assurance vie et mutilation accidentelle

2 LISTE DES FORMULAIRES

FORMULAIRES ADMINISTRATIFS

Numéro de formulaire	Identification du formulaire	Disponible sur		
		*SA	*SD	*SAE
01022F	Demande de maintien ou de suspension de protection	Oui	Non	Oui
02301F	Gestion de l'accès au site sécurisé à l'intention des administrateurs de régimes	Oui	Non	Non
03239F04	Nos services en ligne – Pour les adhérents	Oui	Non	Oui
04013F	Gestion et protection des renseignements personnels	Non	Non	Non
09240F	Demande d'adhésion au débit préautorisé d'entreprise	Oui	Oui	Non
12216F	Demande d'adhésion ou de modifications – N001	Oui	Non	Oui
20007	Demande de désignation ou changement de bénéficiaire(s) ou de fiduciaire	Oui	Oui	Non
20009	Questionnaire sur la santé et les habitudes de vie	Oui	Oui	Oui
20017	Avis de modifications	Oui	Oui	Oui

Note : Ces formulaires existent aussi en anglais sur le site administrateur anglais.

*SA : Site administrateur / *SD : Site de Desjardins Assurances / *SAE : Site adhérente

FORMULAIRES SOINS MÉDICAUX ET SOINS DENTAIRES

Numéro de formulaire	Identification du formulaire	Disponible sur		
		*SA	*SD	*SAE
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 sur le site administrateur 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/map

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

Numéro de formulaire	Identification du formulaire	Disponible sur		
		*SA	*SD	*SAE
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 sur le site administrateur anglais.

*SA : Site administrateur / *SD : Site de Desjardins Assurances / *SAE : Site adhérente

FORMULAIRES ASSURANCE VIE ET MUTILATION ACCIDENTELLE

Numéro de 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 sur le site administrateur 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 questionnaire sur la santé et les habitudes de vie 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 (Nº)	Commentaires
Adhésion pendant et après la période d'admissibilité	4	12216F	Toutes les employées admissibles
		20009	Preuves d'assurabilité lorsque requises
		02757	Demande d'exemption lorsque permise – partie A
Modification du salaire	5	20017	Site administrateur
Modification au régime d'assurance	5	12216F	Cocher toutes les garanties désirées
		20009	Preuves d'assurabilité lorsque requises
		02757	Demande de participation à la suite d'une fin d'exemption – partie B
Changement de bénéficiaire	5	12216F	Pour modifier une désignation révocable
		20007	Pour modifier une désignation irrévocable
Congé de maternité	7	01022F	Dans tous les cas
Congé d'adoption	7	01022F	Dans tous les cas
Congé parental	7	01022F	Dans tous les cas
Congé sans solde	7	01022F	Dans tous les cas
Mise à pied temporaire	7	01022F	Dans tous les cas
Libération syndicale	7	20017	Dans tous les cas

** Il n'est pas nécessaire de transmettre les formulaires à l'administration de Desjardins Assurance, mais vous devez conserver ceux-ci pour vos dossiers.

2.2 FORMULAIRES À REMPLIR SELON CERTAINES SITUATIONS – SUITE

Situation	Section	Formulaires à remplir (Nº)	Commentaires	Expédier à
Demande de prestations d'assurance maladie	11	19132 et	Toujours joindre l'original des factures. (Pour les médicaments, s'applique seulement lorsque l'information est non transmise par le pharmacien à l'assureur)	2
		12126F	Lorsque requis	
		19131	Lorsque requis	
Demande de remboursement de frais hospitaliers et médicaux (hors Québec)	11	15638 et 19131	Toujours joindre l'original des factures Lorsque requis	2
Adhésion au service de dépôt direct et d'avis électronique	11			
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	Dans tous les cas	2
		08317F	Dans tous les cas	
		02025	Dans tous les cas	
		02026	Lorsque requis	
Demande de prestations d'assurance salaire de longue durée	14	06329F	Lorsque requis	2
		08317F	Lorsque requis	
		02025 et 02026	Selon la situation	
Décès d'une adhérente ou d'une personne à charge	15	02227	Dans tous les cas	2
		12123F	Décès d'une adhérente	
		14153F	Lorsque requis	
Demande de prestations pour perte accidentelle de membres ou de la vue	15	02809	Dans tous les cas	2

2- Service des prestations, Desjardins Assurances

3 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

3.1 CONTENU DES RÉGIMES SELON LE MODULE CHOISI

Garanties	Module 1	Module 2	Module 3	Module 4
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 invalidité de longue durée avec indexation *	√	√	√	√
6. Assurance vie additionnelle de l'adhérente*	√	√	√	√
7. Assurance mutilation accidentelle additionnelle de l'adhérente*	√	√	√	√
8. Assurance vie et mutilation accidentelle des personnes à charge*	√	√	√	√
9. Assurance maladies graves de l'adhérente, du conjoint et des personnes à charges*	√	√	√	√
10. Soins médicaux	1	2	3	4
11. Soins dentaires	s.o.	s.o.	3	4

* Garanties facultatives

3.2 DÉFINITIONS

3.2.1 Adhérente

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 ; ou

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

3.2.2 Personne 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 1er 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 du régime 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 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 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 ainsi qu'une libération syndicale avec rémunération ne sont pas considérés comme un congé sans solde.

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

3.2.6 Délai de carence

Le délai de carence est la période interrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations.

3.2.7 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.

3.2.8 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 Centre de la Petite Enfance 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.

3.2.9 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 en vertu de cette même loi.

3.2.10 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 :

pendant le délai de carence de la garantie d'assurance salaire de longue durée et les 20 mois suivants d'une même période d'invalidité, une incapacité continue qui empêche l'adhérente de remplir les principales fonctions de son emploi régulier;

a) par la suite, une incapacité totale et continue 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.

3.2.11 Jour ou journée ouvrable

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

3.2.12 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 par toute loi applicable s'appliquent en lieu et place de la présente définition.

3.2.13 Personnes à charge

CONJOINT

Toute personne qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :

1) est légalement mariée ou unie civilement à l'adhérent; ou

2) vit conjugalement avec l'adhérent depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union; ou

3) vit conjugalement avec l'adhérent, a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

En présence de deux conjoints, un seul sera reconnu admissible par DSF. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

1) le conjoint qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à DSF, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu de cette police; ou

2) le conjoint à qui l'adhérent est uni légalement par les liens du mariage ou civilement.

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) est majeur et atteint d'une incapacité en raison d'une invalidité physique ou mentale survenue lorsqu'il répondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus

   L'enfant est considéré atteint d'incapacité s'il ne peut exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison de son invalidité physique ou mentale, il dépend entièrement du soutien financier de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent pour subvenir à ses besoins. De plus, il doit être domicilié chez l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent qui exercerait l'autorité parentale ou détiendrait la tutelle légale si cet enfant était mineur.

3.2.14 Retour au travail

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

3.2.15 Salaire assurable (Salaire : 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.

3.2.16 Salaire assurable annuel maximum

Le salaire assurable annuel maximum ; **ce montant est confirmé par le** ministère de la Famille annuellement.

4 ADHÉSION

4.1 DEMANDE INITIALE DU CENTRE DE LA PETITE ENFANCE 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» 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 & Propriétaires actionnaires	**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 4.2.2 Changement de statut suite à une abolition de poste et incidence sur l'admissibilité de l'employée concernant les absences qui viennent interrompre ou reporter l'admissibilité d'une employée

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, à condition que la date marquant la complétude de son troisième mois de service continu rémunéré auprès du même employeur soit complétée;
- la date marquant la complétude de son troisième mois de service continu auprès du même employeur;

Dans le cas où la période reconnue aux fins de l'admissibilité de l'employée est interrompue en raison d'un congé de maternité, d'un congé parental, congé pour raisons familiales 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, 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.

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 pour un accident de travail, de la SAAQ pour un accident de la route et de l'IVAC pour une indemnisation suite à un acte criminel, 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 ces régimes gouvernementaux.

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, en cas de grève, 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 est 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, à condition que la date marquant la complétude de son douzième mois de service continu rémunéré auprès du même employeur ;
- la date marquant la complétude de son douzième mois de service continu réénuméré auprès du même employeur
- la date exacte 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, en cas de grève, 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 Changement de statut suite à une abolition de poste et incidence sur l'admissibilité de l'employée

Adhérente au travail

- Abolition de poste permanent et obtention contrat remplacement au sein du même employeur à l'intérieur des 4 semaines suivantes : **toujours admissible**
- Abolition de poste permanent et obtention nouveau poste permanent à temps partiel (+20hrs/sem) au sein du même employeur à l'intérieur des 4 semaines suivantes : **toujours admissible**
- Abolition de poste permanent et demeure sur liste de rappel ou poste à temps partiel (-20hrs/sem) : **n'est plus admissible à l'assurance**
- Abolition de poste temporaire mais demeure sur liste de rappel : **n'est plus admissible à l'assurance**
- Abolition de poste permanent et obtention d'un contrat de remplacement ou d'un poste à temps partiel de plus de 4 semaines suivantes : **n'est plus admissible à l'assurance et doit refaire la période d'admissibilité**

En cours d'absence

Ancien statut	Nouveau statut	Prise d'effet
Non-titulaire	Titulaire	Invalide : effectif au retour au travail « Si n'avait pas complété sa période d'admissibilité, doit refaire période d'attente »
Non-titulaire	Titulaire	Retrait préventif ou maternité : effectif à la date du changement de statut
Titulaire	Non-titulaire	Effectif à la date du changement de statut

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 1er avril de chaque année en informant l'assureur par écrit dans les 31 jours précédant le 1er avril. Elle peut adhérer de nouveau à l'assurance au 1er 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 subventionnées au régime d'assurance collective.

4.3.2 Salariée

- Selon le Module choisi (1, 2, 3 ou 4) 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 (3 ou 4) 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 2, 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 2 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				
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	I ou refus	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'une preuve de couverture à un régime d'assurance collective comportant des protections similaires soit fournie.

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 1),** s'il prévoit le remboursement des frais de médicaments;
- **au régime de soins médicaux (module 2, 3 ou 4),** s'il prévoit le remboursement des frais de médicaments et des frais d'hospitalisation;
- **à la garantie d'assurance soins dentaires (module 3 ou 4),** s'il prévoit le remboursement des frais de soins dentaires.

L'employée peut être exemptée de participer au régime de soins médicaux du Module 3 ou 4, 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 nº 12216F ainsi que les sections « Identification de l'adhérent », « Identification du régime similaire » et « A - Demande d'exemption » du formulaire nº 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 nº 12216F à l'Administration des contrats et conserve le formulaire nº 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 nº 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 effectue la modification sur le site ou fait parvenir ces documents à l'administration des contrats s'il ne détient pas de site transactionnel.

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 3 ou 4, et ce, sans preuve d'assurabilité ; cependant, un maximum de 250$ sera 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 2, 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 2) 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 nº 12216F ainsi que le formulaire nº 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

- **Pour toute nouvelle employée admissible, l'adhésion initiale devra être complétée en utilisant la plateforme d'adhésion en ligne, les sections A et B du formulaire *Demande d'adhésion ou de modifications* devront être complétés et être signé par l'employée ainsi que le formulaire « Preuves d'assurabilité » si nécessaire. Transmettre l'information à l'assureur via le site preneur de Desjardins Assurances et conserver les formulaires pour vos dossiers.**

En même temps que le formulaire d'adhésion, l'employeur remet à l'employée le dépliant nº 04013F intitulé « Gestion et protection des renseignements personnels », ainsi que le dépliant nº 08137F intitulé « La désignation de bénéficiaires ».

Il est souhaitable de transmettre l'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 « Questionnaire sur la santé et les habitudes de vie - 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 nº 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 conserve ce formulaire et remet une copie à l'employée. SI l'employeur ne détient pas le site transactionnel, il doit transmettre le formulaire à Desjardins assurance.

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, seront couverts jusqu'à un maximum payable de 250$.**

- **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 CARTE DE PAIEMENT

Une carte de paiement est émise pour chaque nouvelle adhérente. Elle est disponible en version électronique sur le site sécurisé de Desjardins Assurance ainsi que sur l'application mobile OMNI.

Une carte de paiement est disponible en version électronique à 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.

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	Particularités
Dans **TOUS** les cas	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 saisies directement sur le site preneur de Desjardins Assurances.

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 modifier son module peut le faire seulement après l'avoir conservé pendant un minimum de deux années consécutives. Dans le cas d'un changement demandé en raison de la survenance d'un évènement de vie admissible, la demande doit parvenir à l'assureur au plus tard dans les 31 jours qui suivent l'évènement de vie.

L'assurance salaire de longue durée, avec ou sans indexation, devra également être conservée pendant deux années consécutives avant d'avoir la possibilité de les changer, sauf si un évènement de vie admissible survient.

Pour l'assurance salaire de longue durée, avec indexation, un rapport de preuves d'assurabilités devra être complété.

Il s'agit alors de remplir le formulaire d'adhésion ou de modification nº 12216F, et le Questionnaire sur la santé et les habitudes de vie nº 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 nº 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 Modification 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 pour les personnes à charge au cours des 6 premiers mois suivant l'entrée en vigueur de la protection seront couverts jusqu'à un maximum payable de 250$.

5.1.3.2 Diminution du type de protection

Une adhérente peut diminuer 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 diminué 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 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 nº 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 nº 12216F).

L'adhérente, qui ne se prévaut pas de ce droit dans les délais requis, pourra le faire à la condition qu'un autre évènement 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 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 nº 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 nº 20009 « Questionnaire sur la santé et les habitudes de vie »).

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 nº 12216F).

5.1.7 Changement de bénéficiaire

Pour effectuer un changement de bénéficiaire, l'adhérente utilise le formulaire nº 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 nº 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 nº 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 via le site sécurisé ou à l'aide du formulaire nº 20017 « Avis de modifications » pour ceux ne détenant pas le site transactionnel.

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 :

demeurer assurée en vertu du présent régime en payant la surprime prévue à cet effet. Dans ce cas, elle devra annuler son inscription à la RAMQ pour les médicaments;

ou

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, peu importe son âge, il demeure couvert par le régime de l'adhérente jusqu'au moment où elle atteint l'âge de 65 ans. Le conjoint suit l'adhérente principale, sans surprime supplémentaire.

5.3 TERMINAISON DE LA COUVERTURE

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.

- date de la résiliation du contrat;
- la date à laquelle l'adhérente cesse d'être admissible aux conditions d'admissibilité du régime.

- 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 plus de 60 jours après la date indiquée dans cet avis, la couverture prend fin à la date à laquelle l'Assureur reçoit l'avis. Dans un tel cas, les primes versées en trop ne sont pas remboursées.

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 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, une facturation est produite, celle-ci 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)

Facturation produite le 4e jour du mois d'août

Facturation envoyée ou déposée sur le site administrateur
le 6e jour du mois d'août

Payable sur réception avant le 31 du mois d'août

Peut être payée :
1) Paiement préautorisé (le 15 du mois d'août)
2) AccèsD
3) Chèque

Facturation payée dans les délais
Prendre note que si vous êtes en défaut de paiement,
l'assureur pourrait en informer le ministère et le comité paritaire

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

Les codes de facturations sont expliqués sur la facture.

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 2, 3 ou 4 l'information se retrouve dans les colonnes « Accident maladie » et « Frais dent » et si elle détient le Module 1, 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 3 ou 4), 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 d'ajustement sont expliqués sur la facture.

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

Les codes de facturations sont expliqués sur la facture.

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 et le PAE ainsi que la taxe reliée à ces primes, 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

Se référer au taux fournis lors du renouvellement selon l'année de référence. Ces taux sont également disponibles sur le site sécurisé à la section « brochure » *feuillet de taux au XX.*

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 arrondie au 1 000 $ supérieur, nous avons une protection de 39 000, en se basant sur le salaire réel, ex :38 272 $

- taux en vigueur (voir feuillet de taux) par 1 000 $ de salaire annuel brut
- $ taux $ x 39 000 $ ÷ 1 000 $ = **$**

6.3.2 Mutilation accidentelle

Même montant de protection que pour l'assurance vie, en se basant sur le salaire réel, ex : 38 272 $

- taux en vigueur (voir feuillet de taux) par 1 000 $ de salaire annuel brut
- $ taux $ x 39 000 $ ~ 1 000 $ = **$**

6.3.3 Assurance salaire de courte durée (prestations imposables)

Le salaire annuel étant 38 272 $ ~ par 36 semaines = 1064,00 $ de salaire hebdomadaire

La prestation sera de 75 %, divisé comme suit :

55% PSC / 20% Desjardins Assurances arrondie au 1 $ supérieur = 798 $

- taux en vigueur (voir feuillet de taux) par 1 000 $ de salaire annuel brut
- $ taux $ x 38 272 $ ~ 1 000 $ = **$**

6.3.4 Assurance salaire de longue durée (prestations non imposables)

Le salaire annuel égale 38 272 $

La prestation mensuelle sera de :

65 % des premiers 24 000 $, 47 % des 24 000 $ suivants et 45.3 % de l'excédent :

65 % des premiers 24 000 $: 24 000 $ / 12 x 65 % = **$**
47 % entre 24 000 $ et 48 000 $ (38 272$ - 24 000 $) / 12 x 47 % = **$**
45,3% de 48 000$ de l'excédent
La rente mensuelle sera la somme des 2

6.3.5 Autres garanties

6.3.5.1 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 ;
- PAE ;

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 et le PAE, 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.

Bordereau de paiement

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

Pour la période du 1er août 2023 au 31 août 2023

Bordereau de paiement

COMPTE

	Date du relevé
	3 août 2023
Prime pour la période	1 453,97 $
Solde précédent	0,00 $
Montant total dû	**1 453,97 $**

Relevé des primes de l’assurance collective

Relevé des primes de l'assurance collective

COMPTE 1234567 – CENTRE DE LA PETITE ENFANCE ABC 123

NOM	CODE FACT.	Nº IDENT.	SALAIRE	VIE	M.A.	SALAIRE C.D.	Salaire L.D. avec index.	Salaire L.D. sans index.	ACCIDENT MALADIE	MEDICAM. COMPLEM.	SOINS COMPLEM.	FRAIS DENT.	VIE CONJOINT FACULT.
	V			42 000	42 000		1 994		MONOP.			MONOP.	
	P			3,23	0,32		66,99		46,45			40,80	
	V			46 000	46 000			2 150					
	P			3,54	0,35			67,98					
	V			48 000	48 000			2 240					
	P			3,70	0,36			71,40					
	V			44 000	44 000		2 084		IND.			IND.	
	P			3,39	0,33		70,69		34,47			26,59	
	V			43 000	43 000			2 045					
	P			3,31	0,32			63,96					
	V			37 000	37 000			1 802	FAM.			FAM.	5 000
	P			2,85	0,28			54,74	62,00			63,99	0,38
	V			37 000	37 000			1 810					
	P			2,85	0,28			55,04					
	V			42 000	42 000			1 994					
	P			3,23	0,32			62,03					
	V			6 000	6 000	174				FAM.	FAM.	FAM.	
	P			0,46	0,05	9,60				292,79	0,00	111,54	
	V			58 000	58 000		2 614						
	P			4,47	0,44		93,02						
	V			58 000	58 000			2 778	FAM.			FAM.	5 000
	E			0,00	0,00			0,00	0,00			0,00	0,00
	V			64 000	64 000			2 833	IND.			IND.	
	P			4,93	0,48			94,75	76,42			46,32	
	V			55 000	55 000			2 505	FAM.			FAM.	
	P			4,24	0,41			81,81	62,00			63,99	

Relevé des subventions et avantages imposables – Ministère de la Famille

Relevé des subventions et avantages imposables
Ministère de la Famille

COMPTE 1234567 – CENTRE DE LA PETITE ENFANCE ABC 123

				SUBVENTION MINISTERE			AVANTAGES IMPOSABLES
NOM	CODE FACT.	Nº IDENT.	SALAIRE	SALAIRE C.D.	PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYEES	TAXE	SOINS MEDICAUX SUBVENTION MINISTERE
	V		45 285,00	654			FAM.
	P			36,23	2,95	3,53	248,00
	V		45 285,00	654			
	P			36,23	2,95	3,53	
	V		33 662,00	486			
	P			26,93	2,95	2,69	
	V		36 916,00	533			
	P			29,53	2,95	2,93	
	V		34 638,76	500			IND.
	P			27,71	2,95	2,76	137,89
	V		35 769,76	516			
	P			28,62	2,95	2,85	
	V		46 847,00	676			FAM.
	P			37,48	2,95	3,64	213,39
	V		86 542,00	1 249			FAM.
	P			69,23	2,95	6,50	219,75
	V		45 285,00	654			IND.
	P			36,23	2,95	3,53	137,89
	V		64 517,00	931			IND.
	P			51,61	2,95	4,91	137,89
	V		45 285,00	654			FAM.
	P			36,23	2,95	3,53	233,03
TOTAL				416,03	32,45	40,40	1 327,84

Codes de facturation et codes d’ajustements

CODES DE FACTURATION

P Prime
V Volume
A Ajustement
E Primes exonérées
X Ajustement de primes exonérées

CODES D'AJUSTEMENT

A Départ/décès
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

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

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 est 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, 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 parental

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 parental. 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 parental 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 parental.

7.1.9 Prolongation de congé de maternité et prolongation de congé parental ou de 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 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 31e 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 15e 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.**

Famille Québec

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 31e journée de grève, de lock-out ou de cessation concertée de travail
Congé sans solde partiel (minimum de 20 heures par semaine, requis)	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 parental	Obligatoire	Période pendant laquelle le lien d'emploi est maintenu
Prolongation de congé de maternité et prolongation du 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 avec rénumération	Obligatoire	Période pendant laquelle le lien d'emploi est maintenu
Suspensions administratives avec rémunération	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.

Famille Québec

SUBVENTION DU MINISTÈRE POUR LA PARTICIPATION DES EMPLOYÉES DES CENTRES DE LA PETITE ENFANCE ET DES GARDERIES SUBVENTIONNÉES AUX RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE

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 parental	Facultatif	Période maximale prévue par la loi	Oui * + (max. 5 sem.)
Prolongation de congé de maternité et prolongation 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 avec rémunération	Facultatif	Durée totale du mandat	Oui
Admissible aux prestations d'assurance salaire de courte durée, incluant les cas de CNESST, SAAQ et IVAC	Obligatoire	37 semaines incluant le délai de carence	Oui
Suspensions administratives avec rémunération	Obligatoire	Maintien obligatoire, durée de la suspension	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	Exonération des primes

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

Famille Québec

SUBVENTION DU MINISTÈRE POUR LA PARTICIPATION DES EMPLOYÉES DES CENTRES DE LA PETITE ENFANCE ET DES GARDERIES SUBVENTIONNÉES AUX RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE

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 parental	Obligatoire	Période maximale prévue par la loi	Oui
Prolongation de congé de maternité ou prolongation congé parental de plus de 4 semaines	Non	Cesse d'être admissible	S/O
Congé pour adoption de plus de 4 semaines	Non	Cesse d'être admissible	S/O
Libération syndicale avec rémunération	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	37 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 **
Suspensions administratives avec rémunération	Non	Cesse d'être admissible	S/O

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 parental.

L'adhérente remplit le formulaire nº 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 changement à l'assureur via le site preneur de Desjardins Assurances. 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 du changement, 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 nº 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.

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 1er jour du mois qui suit la 17e semaine des prestations d'assurance salaire de courte 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 no 06329F
- Demande de prestations d'assurance invalidité ou d'exonération des primes – déclaration de l'employeur – formulaire no 08317F
- Déclaration du médecin traitant – Demande initiale – formulaire no 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^{o} 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 transmettre la date de fin d'emploi cessation via le site preneur de Desjardins Assurances.

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'examinateurs 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 nº 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 nº 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 de paiement 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 nº 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.

OMNI

OMNI est une application gratuite 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 débourser et de comparer le coût du médicament prescrit à celui, inférieur, d'un médicament générique.

Pour pouvoir utiliser l'application OMNI, 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

Si l'adhérente choisit de ne pas présenter sa réclamation via l'application 360, elle doit remplir le verso du formulaire nº 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 2, 3 ou 4 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.

PROVENANCE DE L'APPEL	NUMÉRO À COMPOSER
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 nº 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 2, 3 ou 4 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 nº 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 nº 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 nº 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 nº 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 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, l'adhérente transmet le formulaire nº 19110 « Demande de prestations pour soins dentaires » ou elle peut présenter un formulaire utilisé par le professionnel.

Les renseignements requis sur le formulaire nº 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 nº 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, c'est à lui que l'assureur retourne la réponse.

Si le dentiste n'utilise pas la carte de paiement, 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 employé.**

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 (PSC) 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 36 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 36 semaines de prestations, les paiements se poursuivent pour une durée maximale de 27 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 27 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 nº 02025 « Déclaration du médecin traitant – Demande initiale » ainsi que le formulaire nº 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 nº 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 nº 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'examinateur 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 RÉSOLUTION 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 65 % des premiers 24 000 $ de salaire annuel, plus 47 % entre 24 000 $ et

48 000 $ suivants et 45.3 % de 48 000 $ 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 nº 06329F, nº 08317F et nº 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 médicaux d'invalidités de courte et longue durée seront remboursés à **100% jusqu'à concurrence d'un montant payable de 150$ par année**. Ce remboursement est applicable pour toutes les adhérentes sous le contrat, exemptés ou pas.

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 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'examinateur 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 RÉSOLUTION 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

Veuillez 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 nº 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 nº 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 nº 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 DÉPÔT D'UNE PLAINTE

16.1 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
   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 ;
- 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 ;
- Le sous-comité se rencontre au besoin lors de la réception d'une plainte ;

ÉTAPE 1

1er refus :

- L'adhérente contacte le service de 1ère ligne de Desjardins pour comprendre la lettre reçue au 1-855-838-2585.
- L'adhérente corrige la situation et assure le suivi de la demande.

ÉTAPE 2

2e refus :

- L'adhérente demande au sous-comité des plaintes d'intervenir;
- L'adhérente remplit un formulaire du sous-comité, avant le 2e vendredi du mois;
- L'adhérente attend la recommandation du sous-comité avant de passer à la 3e étape;
- Les travaux de représentation du sous-comité prennent fin à cette étape.

ÉTAPE 3

3e refus :

- L'adhérente poursuit sa démarche et dépose une plainte à l'Équipe responsable du traitement des plaintes des règlements de Desjardins Assurances.

  Desjardins Sécurité financière

  100, Rue des Commandeurs

  Lévis (Québec) G6V 7N5

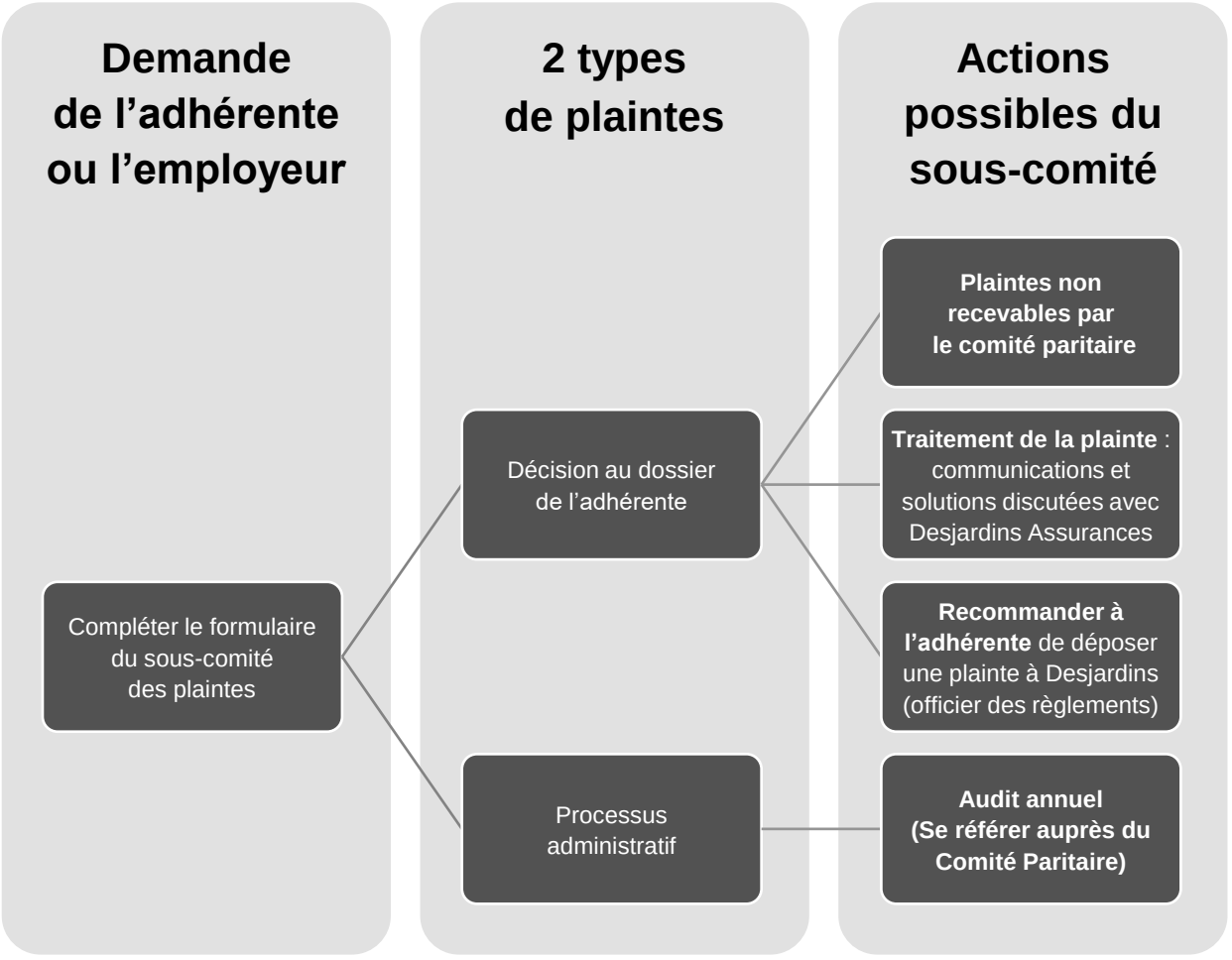
  1-877-833-5985

ÉTAPE 4

4e refus :

- L'adhérente poursuit sa démarche en demandant l'intervention d'une ressource externe (par exemple : avocat, dépôt requête aux petites créances, etc.)

16.2 FONCTIONNEMENT DU SOUS-COMITÉ DES PLAINTES



16.3 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 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
Main d'œuvre et des relations de travail
Ministère de la Famille
600, rue Fullum, 7e étage – porte 7.00
Montréal (Québec) H2K 4S7

16.4 FORMULAIRE DE PLAINTE À L'ÉGARD DE DESJARDINS ASSURANCES

À l'attention du Comité paritaire Régimes d'assurance collective du personnel des CPE et garderies subventionnées du Québec

Identification de l'adhérent(e)		
1. Type de plaintes :	☐ Plainte concernant mon dossier d'adhérent(e) ☐ Plainte à titre d'employeur participant au Régime	
2. Prénom et nom :		
3. Nom de votre organisation :		
4. Type d'organisation :	☐ CPE	☐ Garderie subventionnée
5. Représenté par :	Personnel syndiqué : ☐ FSSS-CSN ☐ FIPEQ-CSQ ☐ SQEES-298-FTQ Autre (préciser) :	
	Personnel non syndiqué :	☐ Aucun
	Personnel d'encadrement : ☐ Association des cadres des centres de la petite enfance ☐ Autre (préciser) : ☐ Aucun	
6. Moyens de communication à privilégier :	☐ Par courriel :	
	☐ Par téléphone :	
7. Meilleur moment pour vous rejoindre :	☐ Matin ☐ Midi ☐ Après-midi ☐ Soir	
Nature de votre insatisfaction		
8. Programme visé :	☐ Assurances soins dentaires ☐ Assurances invalidité courte durée ☐ Assurances invalidité longue durée	☐ Assurances soins médicaux ☐ Assurances-vie ☐ Congé de maternité
9. Types de problématiques :	☐ Choix d'un module ☐ Délais de traitement ☐ Demande non admissible ☐ Durée d'une période d'invalidité ☐ Erreur de paiement ☐ Facturation ☐ Fin d'une période d'invalidité ☐ Frais réclamés non remboursables ☐ Incompréhension d'une décision	☐ Refus d'un médicament ☐ Refus d'une période d'invalidité ☐ Retour progressif ☐ Service à la clientèle Desjardins ☐ Site administrateur ☐ Simulateur ☐ Autre (préciser) :
10. Veuillez expliquer brièvement votre situation :		

Suite à la page suivante.

Démarche réalisée à ce jour avec Desjardins Assurances			
11. Votre nº de certificat chez Desjardins :			
12. Dernier contact avec Desjardins :	Date :		
	☐ Lettre ☐ Courriel ☐ Appel téléphonique		
13. Quelle démarche avez-vous réalisée à ce jour ?	☐ Fournir les documents demandés à Desjardins ☐ Établir un contact téléphonique pour comprendre la situation ☐ Envoyer une lettre à Desjardins pour demander des explications ☐ Demander à mon organisation ou association représentative d'intervenir ☐ 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)*		☐ Oui	☐ Non

Nom et prénom *(en lettres majuscules) :* _____

Signature : _____ Date :_____
AAAA-MM-J

17 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