

# Le CGAC vous informe...

---

18 mai 2016

## LE 1<sup>er</sup> JUIN APPROCHE

### **Changement de régime pour l'assurance santé**

Nous profitons de ce communiqué pour vous rappeler que le 1<sup>er</sup> juin est l'une des deux dates auxquelles **un changement du régime de base au régime élargi ou du régime élargi au régime de base est permis**. Il est aussi possible de faire une modification de ce type le 1<sup>er</sup> décembre.

Les adhérentes et adhérents qui désirent changer de régime doivent en faire la demande au Bureau des assurances collectives en utilisant le formulaire *Modification à l'assurance santé* que l'on retrouve en annexe au présent document ainsi que sur les sites Web suivant:

- [www.spul.ulaval.ca/services-aux-membres/prevoyances-collectives/](http://www.spul.ulaval.ca/services-aux-membres/prevoyances-collectives/)
- [www.rh.ulaval.ca/cms/site/rh/accueil/enseignant\\_recherche/professeurs/profs\\_ac/profs\\_ac\\_doc](http://www.rh.ulaval.ca/cms/site/rh/accueil/enseignant_recherche/professeurs/profs_ac/profs_ac_doc)

Les formulaires doivent parvenir au Bureau des assurances collectives au plus tard le 1<sup>er</sup> juin 2016.

- Par courriel : [bac@vrrh.ulaval](mailto:bac@vrrh.ulaval)
- Par courrier : Bureau des assurances collectives  
Université Laval  
Pavillon Jean-Charles-Bonenfant, local 5600  
2345, allée des Bibliothèques  
Québec (Québec) G1V 0A6

Nous vous rappelons que les adhérentes et adhérents doivent maintenir le régime élargi pendant trois ans avant de pouvoir transférer au régime de base.

### **Changement de statut de protection**

De plus, nous souhaitons vous rappeler que vous pouvez changer de statut de protection (individuelle, monoparentale ou familiale) seulement le 1<sup>er</sup> juin ou le 1<sup>er</sup> décembre de chaque année, sauf si un des événements ci-dessous se produit, auxquels cas, le changement se fait le jour même de l'événement si la demande parvient à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date de l'événement.

- Début d'admissibilité d'une conjointe ou d'un conjoint
- Naissance ou adoption d'un enfant à charge
- Perte du droit d'adhésion de la conjointe ou du conjoint au régime collectif de son employeur
- Fin de l'admissibilité ou décès d'une personne à charge
- Atteinte de 65 ans

## VIRUS ZIKA

Vous trouverez en annexe au présent document un communiqué de la part de votre assureur concernant les particularités de l'assurance annulation de voyage par rapport au virus Zika.

Merci de votre attention.



**Pour toutes questions :** Communiquez avec madame Monique Carignan  
Téléphone : 418 656-2131, poste 7836  
Courriel : [monique.carignan@vrrh.ulaval.ca](mailto:monique.carignan@vrrh.ulaval.ca)

### **Les membres du Comité de gestion des assurances collectives (CGAC) :**

Marc Desgagné, président  
Nicolas Bouchard Martel

Catherine Arnautovitch  
Ghislain Léveillé

Claude Bazin



## Communiqué

Avril 2016

COM16-17F

### Virus Zika - seules les femmes enceintes qui détiennent l'assurance annulation de voyage peuvent réclamer des frais d'annulation

Comme aucune clause n'est prévue au contrat de l'assurance annulation de voyage en cas de propagation de virus dans le pays de destination, nous ne remboursons aucuns frais payés d'avance ou frais d'annulation de voyage, sauf aux femmes enceintes qui détiennent l'assurance annulation de voyage. C'est pourquoi nous vous recommandons de reporter votre voyage ou de changer votre destination si vous avez prévu voyager dans l'un des pays touchés par le Zika. Certains transporteurs et agences de voyages acceptent les demandes d'annulation en offrant un crédit pour une réservation future ou un remboursement complet.

#### Si vous êtes enceinte

Puisque l'Agence de la santé publique du Canada recommande aux femmes enceintes de remettre à plus tard tout voyage dans des régions où le virus Zika est présent, nous accepterons certaines demandes de remboursement. Pour que votre demande de remboursement des frais payés à l'avance ou des frais d'annulation de voyage soit recevable, **vous devrez répondre à toutes les conditions suivantes :**

- détenir l'assurance annulation de voyage;
- présenter un billet médical confirmant la grossesse et le nombre de semaines de grossesse à la date du départ;
- avoir acheté un billet **avant le 15 janvier** pour une destination des Amériques où le virus se propage (avis émis par le gouvernement canadien ou l'Organisation mondiale de la santé à l'appui);
- présenter les documents habituellement requis. (Rendez-vous dans la section **Faire une réclamation > Formulaire > Assurance voyage > Formulaire d'assurance voyage** pour obtenir toute l'information nécessaire et le formulaire à cet effet.)

#### Conseils aux voyageurs

Aucun vaccin ou médicament ne protège contre le Zika. Nous vous invitons à consulter la [liste des pays où il y a transmission locale du virus](#) publiée par le Gouvernement du Canada. Si vous ne pouvez reporter ou annuler votre voyage dans l'une des régions touchées, l'Agence de la santé publique du Canada recommande de prendre [des mesures de prévention strictes](#) pour vous protéger contre les piqûres de moustiques. Pour plus d'info sur le Zika, consultez, à partir de la page d'accueil de ce site, la plateforme *À votre santé 360°*, si votre régime vous y donne accès.

*(Voir page suivante)*

## **Pour savoir si vous détenez l'assurance annulation de voyage**

Consultez, sur ce site, votre brochure d'assurance en choisissant **Mon dossier > Garanties d'assurance > Voir ma brochure d'assurance en format PDF**.

Si n'avez pas accès à cette information sur ce site, vous pouvez toujours consulter la version papier de votre brochure d'assurance.

Pour toute question sur les demandes de remboursement de frais d'annulation, n'hésitez pas à communiquer avec notre Centre de contact avec la clientèle.

**IMPORTANT :** L'assureur vous transmettra une attestation dans un délai de 1 à 2 mois suivant la date d'effet de la modification. Veuillez conserver vos reçus et attendre de recevoir l'attestation avant de soumettre une réclamation à l'assureur.

**NOM DU PRENEUR DE CONTRAT :** Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval (SPUL)

**ASSUREUR :** Desjardins Sécurité financière

**SECTION 1**

**IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT(E)**

**NOM :** \_\_\_\_\_

**PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

**N° DE L'EMPLOYÉ(E) :** \_\_\_\_\_

**DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*année mois jour*

**SEXE :** M  F

**ÉTAT CIVIL :** SANS MARIÉ(E) OU CONJOINT(E) DE FAIT  
CONJOINT(E)  UNI(E) CIVILEMENT  Date de cohabitation : \_\_\_\_\_  
*Année mois jour*

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Ville / Province :** \_\_\_\_\_

**Code postal :** \_\_\_\_\_

**Téléphone (résidence) :** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Téléphone (bureau) :** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**SECTION 2**

**IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE POUR L'ASSURANCE SANTÉ**

NOM, Prénom	SEXE	DATE DE NAISSANCE	Étudiant(e) à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue	Couvert(e) par un autre régime
	M / F	(aaaa/mm/jj)	OUI / NON	OUI / NON
<b>Conjoint(e) :</b> _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<b>Enfant* :</b> _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<b>Enfant* :</b> _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<b>Enfant* :</b> _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<b>Enfant* :</b> _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

Veuillez noter que seules les personnes à charge désignées sur le présent formulaire seront admissibles à l'assurance. Tout ajout ou retrait d'une personne à charge devra se faire par écrit au Bureau des assurances collectives, à l'aide du formulaire approprié, disponible au [www.rh.ulaval.ca](http://www.rh.ulaval.ca).

**\* DÉFINITION D'ENFANT À CHARGE**

Les enfants résidant au Canada âgés de moins de 21 ans, ou de 21 à 26 ans qui fréquentent à plein temps, à titre d'étudiants dûment inscrits, une institution d'enseignement reconnue. Certaines autres restrictions peuvent s'appliquer. Veuillez vous référer à la brochure explicative du régime d'assurance collective.

**VERSO...**

### SECTION 3

#### ASSURANCE SANTÉ (Contrat no 5185)

##### VOUS AVEZ 64 ET MOINS, complétez cette partie

###### Je désire adhérer à la couverture suivante :

(Cochez une des cases suivantes)

Régime de base (D5185)  
*Changement permis le 1<sup>er</sup> juin ou le 1<sup>er</sup> décembre seulement. (brochure page 30)*

Régime élargi (E5185)  
*Obligation de le conserver durant trois (3) ans.  
Changement permis le 1<sup>er</sup> juin ou le 1<sup>er</sup> décembre seulement. (brochure page 30)*

Je ne désire pas adhérer au régime d'assurance santé.  
*Vous devrez fournir une preuve que vous êtes assuré(e) par un autre régime d'assurance collective comportant des protections similaires. (brochure page 27)*

##### VOUS AVEZ 65 ANS ET PLUS, complétez cette partie

###### Je suis inscrit au régime public d'assurance médicaments du Québec (RPAM) géré par la RAMQ et je désire adhérer à la couverture suivante :

(Cochez une des cases)

Régime de base (D5185)  
**avec RÉDUCTION DE LA PRIME**  
*Changement permis le 1<sup>er</sup> juin ou le 1<sup>er</sup> décembre seulement.  
(brochure page 30)*

Régime élargi (E5185)  
**avec RÉDUCTION DE LA PRIME**  
*Obligation de le conserver durant trois (3) ans.  
Changement permis le 1<sup>er</sup> juin ou le 1<sup>er</sup> décembre seulement.  
(brochure page 30)*

###### Je ne suis pas inscrit au régime public d'assurance médicaments du Québec (RPAM) géré par la RAMQ et je désire adhérer à la couverture suivante :

(Cochez une des cases)

Régime de base (D5185)  
**avec APPLICATION D'UNE SURPRIME**  
*Changement permis le 1<sup>er</sup> juin ou le 1<sup>er</sup> décembre seulement.  
(brochure page 30)*

Régime élargi (E5185)  
**avec APPLICATION D'UNE SURPRIME**  
*Obligation de le conserver durant trois (3) ans.  
Changement permis le 1<sup>er</sup> juin ou le 1<sup>er</sup> décembre seulement.  
(brochure page 30)*

Je ne désire pas adhérer aux protections additionnelles offertes par le Régime d'assurance collective des professeurs et professeures de l'Université Laval  
*Vous devrez fournir une preuve que vous êtes assuré(e) par un autre régime d'assurance collective comportant des protections similaires. (brochure page 27)*

### SECTION 4

#### STATUT DE PROTECTION

Individuel

Monoparental

Familial

### SECTION 5

#### MOTIF DU CHANGEMENT

DATE DE L'ÉVÉNEMENT (AAAA-MM-JJ) : \_\_\_\_\_

Début d'admissibilité d'une conjointe ou d'un conjoint

Perte du droit d'adhésion de la conjointe ou du conjoint au régime collectif de son employeur

Naissance ou adoption d'un enfant à charge

Fin de l'admissibilité ou décès d'une personne à charge

Atteinte de 65 ans

Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

#### DÉCLARATION ET AUTORISATION

Je reconnais avoir pris connaissance des renseignements indiqués ci-haut. Je reconnais que les garanties offertes sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions stipulées au contrat. En cas de décès, j'autorise expressément mon ou mes bénéficiaires, héritiers ou liquidateurs de ma succession, à fournir à l'assureur tous les renseignements ou autorisations jugés nécessaires pour l'étude de la réclamation et l'obtention de pièces justificatives. J'autorise mon employeur à déduire les primes requises de mon salaire à les verser au Comité de gestion des assurances collectives.

Je reconnais que la prime d'assurance santé équivaudra à la période de paie entière à laquelle la modification a lieu.

Les renseignements personnels que le Bureau des assurances collectives (BAC) détient ou détiendra à votre sujet seront traités de façon confidentielle et seront consignés dans un dossier dont l'objet est de vous permettre de bénéficier des avantages sociaux qu'il administre. Ils ne seront consultés que par le personnel du BAC qui doit y avoir recours dans l'exercice de ses fonctions.

Vous pouvez avoir accès à votre dossier et faire rectifier des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, équivoques, périmés ou non nécessaires. Vous devez alors faire une demande écrite au BAC.

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT(E) :

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DU BAC :

DATE :

DATE :

**Veillez transmettre votre formulaire d'adhésion dûment rempli et signé par courriel au Bureau des assurances collectives ([secretariat.assurances.collectives@vrrh.ulaval.ca](mailto:secretariat.assurances.collectives@vrrh.ulaval.ca)) et conserver une copie pour vos dossiers. Les accès libre-service employé de PeopleSoft RH (Université Laval) et celui de l'assureur (Desjardins Sécurité financière) vous permettent de consulter le sommaire de vos couvertures exactes d'assurances collectives.**