



11201

ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE
(REEMPLIR LES PARTIES 1-2-4-5-6-7)

MODIFICATIONS DE L'ASSURANCE COLLECTIVE
(REEMPLIR LES PARTIES 1-2-3-4-6-7 ET 5 S'IL Y A LIEU)

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

Édifice Le Delta 3, 2875, boul. Laurier, bureau 400, C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur: 418 646-1313 • adm.collectif@lacapitale.com

N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
8000		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM DU GROUPE: FONCTIONNAIRES NON SYNDIQUÉS | NOM DU MINISTÈRE OU ORGANISME

NOM: _____ | PRÉNOM: _____ | SEXE: M F | DATE DE NAISSANCE: A M J

ADRESSE: N° RUE APP. | CORRESPONDANCE: F A | TÉLÉPHONE RÉSIDENCE ()

VILLE: _____ | CODE POSTAL: _____ | TÉLÉPHONE TRAVAIL ()

ÉTAT CIVIL: CÉLIBATAIRE MARIÉ VEUF CONJOINT DE FAIT DIVORCÉ SÉPARÉ UNICIVILEMENT | STATUT D'EMPLOI: TEMPORAIRE _____ % PERMANENT _____ % SAISONNIER _____ % OCCASIONNEL _____ %

DEPUIS LE: A M J | DATE D'EMPLOI: A M J | DATE D'ADMISSIBILITÉ: A M J

SALAIRE ANNUEL: _____ | SALAIRE À L'HEURE: _____

2- RÉGIMES

RÉGIMES	ADHÉSION			MODIFICATIONS		
	IND.	MONO.	FAM.	IND.	MONO.	FAM.
RÉGIMÉ D'ASSURANCE MALADIE						
- SANTÉ 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- SANTÉ 2 (Maintien obligatoire d'une durée de 24 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- SANTÉ 3 (Maintien obligatoire d'une durée de 36 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- EXEMPTION (joindre copie de la preuve) <input type="checkbox"/>						
RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE :						
- VIE + M.A.M. DE L'ADHÉRENT			1 X SALAIRE ANNUEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT			1,2 ou 3 X SALAIRE ANNUEL	___ X SAL.	___ X SAL.	___ X SAL.
- M.A.M. ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT			1,2 ou 3 X SALAIRE ANNUEL	___ X SAL.	___ X SAL.	___ X SAL.
- VIE DU CONJOINT			1 À 5 X 10000\$	___ X 10000\$	___ X 10000\$	___ X 10000\$
- VIE DES ENFANTS À CHARGE				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- C4 DROITS ACQUIS EN VERTU DES RÉGIMES ANTÉRIEURS AU 1989-01-12			VIE	___ X 1 000\$	___ X 1 000\$	___ X 1 000\$
			M.A.M.	___ X SAL.	___ X SAL.	___ X SAL.
RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE D'ASSURANCE TRAITEMENT				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME ENRICHÉ FACULTATIF D'ASSURANCE TRAITEMENT				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N.B. : Joindre déclaration d'assurabilité s'il y a lieu.

3- MODIFICATIONS

RAISON(S): _____
CONGÉ SANS SOLDE, MATERNITÉ, MISE À PIED TEMPORAIRE, NAISSANCE, MARIAGE, COHABITATION, ETC.

Date effective: _____ | Date prévue du retour (S'il y a lieu): _____

4- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE

	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance
				ANNÉE MOIS JOUR
Conjoint :	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____
Enfant(s) :	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____
	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____
	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____

5- NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE (POUR LES GARANTIES D'ASSURANCE VIE)

DÉSIGNATION: _____ | LIEN AVEC L'ADHÉRENT: _____

MISE EN GARDE : LA DÉSIGNATION D'UN BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE ENTRAÎNE DES CONSÉQUENCES IMPORTANTES, NOTAMMENT, SON CONSENTEMENT SERA NÉCESSAIRE POUR LE REMPLACER ET, S'IL EST D'ÂGE MINEUR, LE CONSENTEMENT DE SON TUTEUR DEVRA ÊTRE OBTENU.

COCHEZ VOTRE CHOIX: RÉVOCABLE IRRÉVOCABLE

6- EMPLOYEUR

N° DU MINISTÈRE OU ORGANISME: _____ | CENTRE D'OPÉR.: _____ | CENTRE DE RESP.: _____ | CENTRE DE DIST. PAIE: _____

SYSTÈME DE PAIE SAGIP: STANDARD AUTRE SYSTÈME DE PAIE VARIABLE

REMARQUES: _____

7- DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

«J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les cotisations requises, La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (ci-après appelée La Capitale) et le responsable du régime à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins d'identification et d'administration. De plus, j'autorise tout médecin, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet, le cas échéant, à fournir à La Capitale ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier.

J'autorise également La Capitale à communiquer ces renseignements aux personnes mentionnées ci-dessus lorsque nécessaire, dans le cadre de ses activités et du traitement de mon dossier. En cas de décès, j'autorise expressément le preneur, l'employeur, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, à fournir à La Capitale ou à ses mandataires lorsque requis, tous les renseignements ou autorisations permettant le traitement de mon dossier.»

Le présent consentement est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent ou si mineur de son représentant légal: _____ | Téléphone: _____ | Date: _____

(VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DE L'AVIS AU VERSO)

8- SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

Signature: _____ | Téléphone: _____ | Date: _____

AVIS

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (ci-après appelée La Capitale) désire vous aviser que les renseignements recueillis lors de la présente transaction seront versés à votre dossier dont l'objet est « Assurance collective ». Seuls les employés ou mandataires de la compagnie y auront accès, et ce, uniquement si ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions ou à l'exécution de leur mandat. Sauf les exceptions prévues à la loi, aucune autre personne n'aura accès à votre dossier sans votre autorisation. Le dossier sera conservé à l'adresse ci-dessous.

Si vous désirez accéder à votre dossier, veuillez transmettre par écrit une demande à l'attention du responsable de l'accès à l'information, Direction de l'administration. Si l'un des renseignements personnels vous concernant était inexact, incorrect ou incomplet, vous pourriez de la même façon en demander la rectification.

En adhérant à un contrat de La Capitale, vos nom et adresse seront inclus à notre fichier de clients, de manière à vous offrir un meilleur service et à vous faire part des nouveaux produits conçus pour répondre à vos besoins. Si vous désirez que vos coordonnées n'apparaissent pas sur notre liste de distribution, vous devrez nous en informer au moyen d'une demande écrite ou verbale.

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

Édifice Le Delta III

2875, boulevard Laurier, bureau 400

Case postale 1500

Québec (Québec) G1K 8X9

Service à la clientèle

Téléphone : 418 644-4200

ou

Sans frais : 1 800 463-4856