



11201

ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE

MODIFICATIONS DE L'ASSURANCE COLLECTIVE

**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
9800		

**1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT**

NOM DU GROUPE: PROFESSIONNELLES ET PROFESSIONNELS NON SYNDIQUÉS DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC ET DES ORGANISMES AFFILIÉS  
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  UNION CIVILE STATUT D'EMPLOI: \_\_\_\_\_  
DEPUIS LE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J TEMPORAIRE \_\_\_\_\_ %  
PERMANENT \_\_\_\_\_ %  
OCCASIONNEL \_\_\_\_\_ %

SALAIRE ANNUEL: \_\_\_\_\_ PROFESSIONNEL  DATE: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J DATE D'EMPLOI: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J DATE D'ADMISSIBILITÉ: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J  
ANNUEL JURISTE

**2- RÉGIMES**

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE	ADHÉSION			MODIFICATIONS		
	IND.	MONO.	FAM.	J'AJOUTE		J'ENLÈVE
CHOISIR UN SEUL DE CES RÉGIMES 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"/>
RÉGIME DE BASE RÉGIME INTERMÉDIAIRE RÉGIME ENRICHIE EXEMPTION <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE</b> <b>a) ASSURANCE VIE DE BASE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE</b> (Obligatoire pour adhérer aux autres garanties d'assurance vie) DE MOINS DE 65 ANS 1 FOIS LE TRAITEMENT ANNUEL _____ % DE 65 ANS OU PLUS 25 %, 50 %, 75 % OU 100 % DU TRAITEMENT ANNUEL _____ %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b) ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE***</b> DE 1 À 5 FOIS LE TRAITEMENT ANNUEL _____ x traitement annuel STATUT DE TABAGISME <input type="checkbox"/> FUMEUR <input type="checkbox"/> NON-FUMEUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c) ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d) ASSURANCE VIE DE BASE DES ENFANTS À CHARGE OU DES ENFANTS À CHARGE ET DE LA PERSONNE CONJOINTE</b> (Obligatoire pour adhérer à e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e) ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE***</b> DE MOINS DE 65 ANS DE 1 À 10 TRANCHE(S) DE 10 000 \$ _____ x 10 000 \$ DE 65 ANS OU PLUS 10 000 \$ _____ x 10 000 \$ STATUT DE TABAGISME <input type="checkbox"/> FUMEUR <input type="checkbox"/> NON-FUMEUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>f) ASSURANCE « MALADIES REDOUTÉES » DE LA PERSONNE ADHÉRENTE**</b> DE 5 À 30 TRANCHES DE 5 000 \$ _____ x 5 000 \$ <b>ASSURANCE « MALADIES REDOUTÉES » DE LA PERSONNE CONJOINTE**</b> DE 5 À 30 TRANCHES DE 5 000 \$ _____ x 5 000 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IMPORTANT:** \* Pour être exemptée du régime obligatoire d'assurance maladie, la personne adhérente doit fournir à l'employeur la preuve qu'elle est assurée en vertu d'un régime collectif d'assurance comportant des protections similaires.  
 \*\* Il est nécessaire de détenir la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente et/ou la garantie d'assurance vie de la personne conjointe pour adhérer à cette garantie. Veuillez remplir le formulaire GE-063 « Déclaration d'assurabilité – Garantie « Maladies redoutées » ».  
 \*\*\* Veuillez remplir le formulaire P007 « Déclaration d'assurabilité ».

**3- MODIFICATIONS**

RAISON(S): \_\_\_\_\_  
CONGÉ SANS SOLDE, MATERNITÉ, RETRAITE DE LA PERSONNE CONJOINTE, NAISSANCE, MARIAGE, COHABITATION, MISE À PIED, ETC.

Date d'entrée en vigueur: \_\_\_\_\_ 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 primes requises en vertu des régimes que j'ai choisis. J'autorise mon employeur et La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. à utiliser, pour des fins administratives, les renseignements contenus dans cette demande y compris mon numéro d'assurance sociale.

Je certifie que les renseignements inscrits sur cette demande sont exacts et complets. De plus, je reconnais avoir pris connaissance de l'avis au verso concernant les dossiers et les renseignements personnels et avoir conservé copie du présent formulaire.

Signature de la personne adhérente ou si mineure de son(sa) représentant(e) légal(e): \_\_\_\_\_ 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*