



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
9900		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE		NOM DU SYNDICAT DE PROFESSIONNELLES ET PROFESSIONNELS GROUPE DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC		NOM DU MINISTÈRE OU ORGANISME	
NOM		PRÉNOM		SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
ADRESSE N° RUE		APP.		CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A	
VILLE		CODE POSTAL		DATE DE NAISSANCE A M J	
ÉTAT CIVIL <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> MARIÉ(E) <input type="checkbox"/> VEUF(VE) <input type="checkbox"/> CONJOINT(E) DE FAIT <input type="checkbox"/> DIVORCÉ(E) <input type="checkbox"/> SÉPARÉ(E) <input type="checkbox"/> UNI(E) CIVILEMENT		DEPUIS LE A M J		STATUT D'EMPLOI <input type="checkbox"/> TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> PERMANENT <input type="checkbox"/> COMPLET <input type="checkbox"/> PARTIEL <input type="checkbox"/> OCCASIONNEL <input type="checkbox"/> COMPLET <input type="checkbox"/> PARTIEL	
SALAIRE ANNUEL		DATE D'EMPLOI A M J		DATE D'ADMISSIBILITÉ A M J	

2- RÉGIMES	ADHÉSION			MODIFICATIONS		
	IND.	MONO.	FAM.	IND.	MONO.	FAM.
RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHOISIR UN SEUL DE CES RÉGIMES MAINTIEN OBLIGATOIRE D'UNE DURÉE DE 36 MOIS	RÉGIME DE BASE RÉGIME INTERMÉDIAIRE RÉGIME ENRICH EXEMPTION <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"/>
RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) ASSURANCE VIE DE BASE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (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) ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE*** DE 1 À 5 FOIS LE 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"/>
c) ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ASSURANCE VIE DE BASE DES ENFANTS À CHARGE OU DES ENFANTS À CHARGE ET DE LA PERSONNE CONJOINTE (Obligatoire pour adhérer à e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE*** DE MOINS DE 65 ANS DE 1 À 10 TRANCHE(S) DE 10 000 \$ DE 65 ANS OU PLUS 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"/>
f) ASSURANCE « MALADIES REDOUTÉES » DE LA PERSONNE ADHÉRENTE** DE 5 À 30 TRANCHES DE 5 000 \$ ASSURANCE « MALADIES REDOUTÉES » DE LA PERSONNE CONJOINTE** DE 5 À 30 TRANCHES DE 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	DATE D'EFFET DE L'ÉVÉNEMENT A M J
RAISON(S) <small>CONGÉ SANS SOLDE, MATERNITÉ, RETRAITE DE LA PERSONNE CONJOINTE, NAISSANCE, MARIAGE, COHABITATION, MISE À PIED, ETC.</small>	DATE PRÉVUE DU RETOUR (s'il y a lieu) A M J

4- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE					
Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance	Prénom	Nom
Conjoint(e) :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J	Enfant(s) :	
Enfant(s) :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J		
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J		

5- NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE BÉNÉFICIAIRE (POUR LES GARANTIES D'ASSURANCE VIE)	MISE EN GARDE : Au Québec, la désignation de la personne CONJOINTE MARIÉE comme bénéficiaire est considérée IRRÉVOCABLE à moins de précision CONTRAIRE de la personne adhérente. Une désignation IRRÉVOCABLE peut être modifiée seulement si le bénéficiaire âgé de 18 ans ou plus signe une renonciation à ses droits de bénéficiaire.
DÉSIGNATION :	COCHEZ VOTRE CHOIX <input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE
LIEN AVEC LA PERSONNE ADHÉRENTE :	

6- EMPLOYEUR	N° DU MINISTÈRE OU ORGANISME	CENTRE D'OPÉR.	CENTRE DE RESP.	CENTRE DE DIST. PAIE
SYSTÈME DE PAIE SAGIP :	<input type="checkbox"/> STANDARD <input type="checkbox"/> VARIABLE	<input type="checkbox"/> AUTRE SYSTÈME DE PAIE		
REMARQUES :				

7- DÉCLARATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE
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, aux 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) () - Date

8- SIGNATURE DE LA PERSONNE RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR
() - Date

A V I S

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 au siège social de La Capitale, dont l'adresse est indiquée 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.

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