



11201

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

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

N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
9995		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE

NOM DU GROUPE		FÉDÉRATION AUTONOME DE L'ENSEIGNEMENT (enseignants)		NOM DE L'EMPLOYEUR		N° D'EMPLOYÉ OU MATRICULE	
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		TÉLÉPHONE TRAVAIL ()	
ÉTAT CIVIL <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> MARIÉ <input type="checkbox"/> VEUF <input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT <input type="checkbox"/> DIVORCÉ <input type="checkbox"/> SÉPARÉ <input type="checkbox"/> UNI CIVILEMENT DEPUIS LE _____ A _____ M _____ J							STATUT D'ENGAGEMENT <input type="checkbox"/> TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL : _____ (% du temps plein)
DATE D'EMPLOI		DATE D'ADMISSIBILITÉ		SALAIRE ANNUEL _____ \$ (comme si 100 % du temps plein)			
A _____ M _____ J		A _____ M _____ J					

2- RÉGIMES

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)	ADHÉSION		MODIFICATIONS	
			J'AJOUTE	J'ENLÈVE
Vous devez choisir un seul de ces régimes } MALADIE 1 MALADIE 2 (durée minimale de participation : 12 mois) MALADIE 3 (durée minimale de participation : 24 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INDIVIDUEL <input type="checkbox"/>				
MONOPARENTAL (sans conjoint) <input type="checkbox"/>				
FAMILIAL <input type="checkbox"/>				
EXEMPTÉ ¹ <input type="checkbox"/>				
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 2 - ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (participation obligatoire) ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 3 - ASSURANCE VIE (participation facultative)				
- Assurance vie de la personne adhérente ³ 10 000\$, 25 000\$, 50 000\$, 75 000\$, 100 000\$, 125 000\$ 150 000\$, 175 000\$, 200 000\$, 225 000\$ ou 250 000\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Assurance vie des personnes à charge				
- Assurance vie additionnelle de la personne conjointe : 1 à 10 tranche(s) de 10 000\$ ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> FUMEUR <input type="checkbox"/> NON-FUMEUR				
<input type="checkbox"/> FUMEUR <input type="checkbox"/> NON-FUMEUR				

NOTES :

- Pour être exemptée du régime 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.
- Pour être exemptée du régime d'assurance salaire de longue durée, la personne adhérente doit remplir le formulaire « Droit de renonciation au régime d'assurance salaire de longue durée » et répondre aux conditions qui y sont énumérées.
- Les montants de 10 000\$, 25 000\$ et 50 000\$ sont disponibles sans preuves d'assurabilité durant les 30 premiers jours suivant la date d'admissibilité. Par la suite ainsi que pour tous les autres montants de protection, des preuves d'assurabilité sont requises. Veuillez remplir le formulaire P007 « Déclaration d'assurabilité ».
- Veuillez remplir le formulaire P007 « Déclaration d'assurabilité ».

3- MODIFICATIONS

RAISON(S) CONGÉ SANS SOLDE, CONGÉ PARENTAL, MATERNITÉ, MISE À PIED TEMPORAIRE, NAISSANCE, MARIAGE, ETC.	DATE D'EFFET DE L'ÉVÉNEMENT A _____ M _____ J
JE DÉSIRE : A) <input type="checkbox"/> MODIFIER LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE (PARTIE 2) B) <input type="checkbox"/> CONSERVER TOUTES LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE C) <input type="checkbox"/> ANNULER TOUTES LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE SAUF CELLE INCLUANT L'ASSURANCE MÉDICAMENTS (PARTIE 2)	DATE PRÉVUE DU RETOUR (S'IL Y A LIEU) A _____ M _____ J

4- IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

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

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

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.

DÉSIGNATION :	COCHEZ VOTRE CHOIX <input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE
LIEN AVEC LA PERSONNE ADHÉRENTE :	

6- DÉCLARATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

J'accepte par les présentes, les dispositions de la police et je consens à ce que les primes nécessaires soient prélevées sur mon salaire le cas échéant. J'accepte que mon numéro d'assurance sociale serve aux fins d'administration pour La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (ci-après appelée La Capitale).

J'autorise mon employeur, le preneur du contrat, La Capitale ou ses réassureurs ainsi que les représentants et mandataires à fournir, à recevoir et à échanger entre eux tous renseignements personnels relatifs à mon admissibilité, mon assurabilité et à mes demandes de prestations en vertu du régime et à celles de mes personnes à charge, le cas échéant.

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 si elle est utilisée aux fins d'échange de renseignements.

Signature de la personne adhérente ou si mineur de son représentant légal () - Téléphone _____ Date _____
 (VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DE L'AVIS AU VERSO)

7- SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

() - Téléphone _____ Date _____