

NOTE IMPORTANTE : LE NOUVEAU RÉGIME D'ASSURANCE EST DÉTAILLÉ DANS LE DÉPLIANT JOINT. NOUS VOUS INVITONS À EN PRENDRE CONNAISSANCE AVANT DE REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE.

VEUILLEZ RETOURNER L'ORIGINAL (COPIE BLANCHE) AINSI QUE LA COPIE JAUNE AU SERVICE DE LA RÉMUNÉRATION DE VOTRE EMPLOYEUR **AU PLUS TARD LE 26 FÉVRIER 2010.**

SI VOUS DÉSIREZ DEMEURER PROTÉGÉ PAR LE RÉGIME ACTUEL, VOUS N'ÊTES PAS TENU DE RETOURNER LE FORMULAIRE.

N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
5492		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE

NOM DU GROUPE ASSOCIATION DES JURISTES DE L'ÉTAT		NOM DU MINISTÈRE OU DE L'ORGANISME	
NOM	PRÉNOM		N° D'EMPLOYÉ
ADRESSE	N° RUE	APP.	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE
VILLE ET PROVINCE		CODE POSTAL	TÉLÉPHONE TRAVAIL
ADRESSE COURRIEL			TÉLÉPHONE CELLULAIRE

2- RÉGIME MODULAIRE

VEUILLEZ EFFECTUER VOTRE CHOIX DE PROTECTION

- RÉGIME DE BASE (ACTUEL)
 RÉGIME INTERMÉDIAIRE
 RÉGIME ENRICHİ

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

(la protection sera la même pour les soins dentaires et les soins oculaires si ces soins sont inclus dans le module choisi).

- PROTECTION INDIVIDUELLE
- PROTECTION FAMILIALE
- PROTECTION MONOPARENTALE
- EXEMPTÉ (si demande d'exemption, joindre copie de la preuve)

3- IDENTIFICATION DE LA (DES) PERSONNE(S) À CHARGE (à remplir uniquement si vous avez modifié votre protection d'assurance maladie (ex. : individuelle à familiale ou monoparentale))

PERSONNE(S) À CHARGE	PRÉNOM	NOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE/MOIS/JOUR
Personne conjointe	_____	_____	_____
Enfant(s)	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

4- 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, le syndicat 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 conservé copie du présent formulaire.

Signé à _____, ce _____ du mois de _____ 20 _____.

Signature de la personne adhérente ou si mineure de son représentant légal

Date

5- SIGNATURE DE LA PERSONNE RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

Personne responsable chez l'employeur

Téléphone

Date

**VEUILLEZ RETOURNER L'ORIGINAL (COPIE BLANCHE) AINSI QUE LA COPIE JAUNE
AU SERVICE DE LA PAIE DE VOTRE EMPLOYEUR AU PLUS TARD À LA DATE INDIQUÉE SUR LE COMMUNIQUÉ.**

Copies blanche et jaune : service de la rémunération de l'employeur - Copie rose : personne adhérente