



11201

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

MODIFICATIONS DE L'ASSURANCE COLLECTIVE
(REPLIR 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
1008		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM DU GROUPE F.N.E.E.Q. (Collèges publics)		NOM DE L'EMPLOYEUR		N° D'EMPLOYÉ	
NOM		PRÉNOM		SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
DATE DE NAISSANCE		CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A		TÉLÉPHONE RÉSIDENCE ()	
ADRESSE N° RUE		APP.		TÉLÉPHONE TRAVAIL ()	
VILLE		CODE POSTAL		TRAVAIL À TEMPS <input type="checkbox"/> COMPLET <input type="checkbox"/> PARTIEL : _____ (%) OU _____ (NBH/SEM)	
ÉTAT CIVIL <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE OU <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"/> UNICIVILEMENT		DEPUIS LE _____ A _____ M _____ J		STATUT D'EMPLOI <input type="checkbox"/> PERMANENT <input type="checkbox"/> CONTRACTUEL	
FONCTION ACTUELLE		SALAIRE ANNUEL		DATE D'EMPLOI _____ A _____ M _____ J DATE D'ADMISSIBILITÉ _____ A _____ M _____ J	

2- GARANTIE(S)

GARANTIES OBLIGATOIRES :	ADHÉSION	MODIFICATIONS	
		J'AJOUTE	J'ENLÈVE
- MALADIE DE BASE ET COMPLÉMENTAIRE : INDIVIDUELLE MONOPARENTALE (sans conjoint) COUPLE (sans enfant admissible) FAMILIALE EXEMPTION*	<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"/>
- ASSURANCE SOINS DENTAIRES : (si vote positif dans votre établissement) INDIVIDUELLE MONOPARENTALE (sans conjoint) COUPLE (sans enfant admissible) FAMILIALE EXEMPTION*	<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"/>
- ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE : SI EMPLOYÉ PERMANENT LE OU APRÈS LE 15 AOÛT 2001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GARANTIES FACULTATIVES :			
- ASSURANCE VIE DE BASE & M.A.M. : AVEC ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE SANS ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE : (joindre le formulaire <i>Déclaration d'assurabilité</i>) ADHÉRENT - DE 1 À 7 TRANCHE(S) DE 20 000 \$ CONJOINT - DE 1 À 7 TRANCHE(S) DE 20 000 \$	_____ x 20 000 \$	_____ x 20 000 \$	_____ x 20 000 \$
	_____ x 20 000 \$	_____ x 20 000 \$	_____ x 20 000 \$
- ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE : SI EMPLOYÉ NON PERMANENT Des preuves d'assurabilité sont exigées si l'employé a complété plus de 3 contrats dans le même collège.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***IMPORTANT :** POUR ÊTRE EXEMPTÉ DES GARANTIES D'ASSURANCE MALADIE ET/OU SOINS DENTAIRES, L'ADHÉRENT DOIT FOURNIR À L'EMPLOYEUR, LA PREUVE QU'IL EST ASSURÉ EN VERTU D'UN RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE COMPORTANT UNE PROTECTION SIMILAIRE.

3- MODIFICATIONS

RAISON(S) _____ CONGÉ SANS SOLDE, CONGÉ PARENTAL, MATERNITÉ, MISE À PIED TEMPORAIRE, NAISSANCE, MARIAGE, INVALIDITÉ, 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	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	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	_____			<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)

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 : _____

LIEN AVEC L'ADHÉRENT : _____

COCHÉZ VOTRE CHOIX
 RÉVOCABLE
 IRRÉVOCABLE

6- 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)

7- SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

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