



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)

**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
1010		

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

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

**2-GARANTIE(S)**

GARANTIES OBLIGATOIRES :	ADHÉSION	MODIFICATIONS	
		J'AJOUTE	J'ENLÈVE
- <b>MALADIE DE BASE ET COMPLÉMENTAIRE :</b>			
INDIVIDUELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MONOPARENTALE (sans conjoint)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COUPLE (sans enfant admissible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FAMILIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXEMPTION *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <b>ASSURANCE SOINS DENTAIRES :</b> (si vote positif dans votre établissement)			
INDIVIDUELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MONOPARENTALE (sans conjoint)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COUPLE (sans enfant admissible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FAMILIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXEMPTION *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <b>ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <b>ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE :</b>			
SELON LES STIPULATIONS DE LA CONVENTION COLLECTIVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>GARANTIES FACULTATIVES :</b>			
- <b>ASSURANCE VIE DE BASE &amp; M.A.M. :</b>			
AVEC ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SANS ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <b>ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE :</b> (joindre le formulaire déclaration d'assurabilité)			
ADHÉRENT - DE 1 À 7 TRANCHE(S) DE 20000\$	_____ x 20 000 \$	_____ x 20 000 \$	_____ x 20 000 \$
CONJOINT - DE 1 À 7 TRANCHE(S) DE 20000\$	_____ x 20 000 \$	_____ x 20 000 \$	_____ x 20 000 \$
- <b>ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE :</b>			
SI EMPLOYÉ NON PERMANENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des preuves d'assurabilité sont exigées si l'employé a complété plus de 3 contrats dans le même collègue.			

**\*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)	DATE D'EFFET DE L'ÉVÉNEMENT A M J
CONGÉ SANS SOLDE, CONGÉ PARENTAL, MATERNITÉ, MISE À PIED TEMPORAIRE, NAISSANCE, MARIAGE, INVALIDITÉ, ETC.	
JE DÉSIRE :	DATE PRÉVUE DU RETOUR (S'IL Y A LIEU) A M J
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	

**4- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE**

Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance A M J	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance 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 : \_\_\_\_\_

COCHEZ 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 tout 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*