



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)

|              |                   |                     |
|--------------|-------------------|---------------------|
| N° DE GROUPE | N° DE L'EMPLOYEUR | N° D'IDENTIFICATION |
| 6925         | 6009              |                     |

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| <b>1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT</b>   |  | NOM DE L'EMPLOYEUR   | LE DIRECTEUR DES POURSUITES CRIMINELLES ET PÉNALES | N° D'EMPLOYÉ  |
| NOM DU GROUPE  | ASSOCIATION DES PROCUREURS AUX POURSUITES CRIMINELLES ET PÉNALES |  | NOM DE L'EMPLOYEUR                                 | LE DIRECTEUR DES POURSUITES CRIMINELLES ET PÉNALES                        |
| NOM  | PRÉNOM   |  | SEXE   | DATE DE NAISSANCE   |
| ADRESSE  |  | N° RUE   | APP.   | CORRESPONDANCE  |
| VILLE  | CODE POSTAL  |  | TÉLÉPHONE TRAVAIL ( )                              |   |
| ÉTAT CIVIL   |  | 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 |  | <input type="checkbox"/> COMPLET<br><input type="checkbox"/> PARTIEL |  |   |
| DEPUIS LE  |  | DATE D'EMPLOI  | DATE D'ADMISSIBILITÉ                               | STATUT D'EMPLOI   |
| FONCTION ACTUELLE  |  | SALAIRE ANNUEL   | DATE D'ADMISSIBILITÉ                               | <input type="checkbox"/> PERMANENT<br><input type="checkbox"/> TEMPORAIRE |

|   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>2- GARANTIE(S) ET STATUT</b>   | <b>ADHÉSION</b>          |                          |                          |                          | <b>MODIFICATIONS</b>     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|   | Ind.                     | Mono.                    | Fam.                     | Exemp.                   | Ind.                     | Mono.                    | Fam.                     | Exemp.                   | Ind.                     | Mono.                    | Fam.                     | Exemp.                   |
| RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (obligatoire, si exemption, joindre copie de la preuve)  | <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"/> |
| RÉGIME D'ASSURANCE VIE :  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| - VIE + M.A.M. DE L'ADHÉRENT (obligatoire)  | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |
| - VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT (facultatif)* de 0,5 à 6 x salaire annuel   | _____ x salaire          |                          |                          |                          | _____ x salaire          |                          |                          |                          | _____ x salaire          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non-fumeur   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| - VIE DE BASE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE (obligatoire) (si protection monoparentale ou familiale choisie en maladie) | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |
| - VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT (facultatif)* 1 à 20 tranche(s) de 10 000\$   | _____ x 10 000\$         |                          |                          |                          | _____ x 10 000\$         |                          |                          |                          | _____ x 10 000\$         |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non-fumeur   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| - VIE ADDITIONNELLE DES ENFANTS À CHARGE (facultatif)* 1 à 5 tranche(s) de 10 000\$ par enfant                                | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |
| Prénom: _____   | _____ x 10 000\$         |                          |                          |                          | _____ x 10 000\$         |                          |                          |                          | _____ x 10 000\$         |                          |                          |                          |
| Prénom: _____   | _____ x 10 000\$         |                          |                          |                          | _____ x 10 000\$         |                          |                          |                          | _____ x 10 000\$         |                          |                          |                          |
| Prénom: _____   | _____ x 10 000\$         |                          |                          |                          | _____ x 10 000\$         |                          |                          |                          | _____ x 10 000\$         |                          |                          |                          |
| Prénom: _____   | _____ x 10 000\$         |                          |                          |                          | _____ x 10 000\$         |                          |                          |                          | _____ x 10 000\$         |                          |                          |                          |
| RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (obligatoire)  | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |

\* Cette garantie est sujette à l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur. Veuillez remplir le formulaire Déclaration d'assurabilité P007.

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <b>3- MODIFICATIONS</b>   | DATE D'EFFET DE L'ÉVÉNEMENT           |
| RAISON(S) _____   | A   M   J                             |
| JE DÉSIRE :   | DATE PRÉVUE DU RETOUR (S'IL Y A LIEU) |
| A) <input type="checkbox"/> MODIFIER LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE (PARTIE 2)   | A   M   J                             |
| 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) |                                       |

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

|  |   |
|--|---|
| <b>5- NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE (POUR LES GARANTIES D'ASSURANCE VIE)</b> | 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 : _____  | COCHÉZ VOTRE CHOIX  |
| LIEN AVEC L'ADHÉRENT : _____   | <input type="checkbox"/> RÉVOCABLE  |
|  | <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE  |

|                         |                                   |                                   |  |                      |
|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|----------------------|
| <b>6- EMPLOYEUR</b>     | 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 : _____       |                                   |                                   |  |                      |

|  |
|--|
| <b>7- DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT</b>  |
| «J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les cotisations requises, LaCapitale 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 LaCapitale ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier. |
| J'autorise également LaCapitale 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 LaCapitale 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)   |

|   |
|---|
| <b>8- SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR</b> |
| Signature _____ ( ) - _____                         |
| Téléphone _____                                     |
| Date _____  |