



11201

 Édifice Le Delta II
 2875, boul. Laurier, bureau 100
 Case postale 1500
 Québec (Québec) G1K 8X9
 Courriel électronique :

 Téléphone : 418 644-4200
 1 800 463-4856
 Télécopieur : 418 646-1313
 adm.collectif@lacapitale.com

 ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE

 MODIFICATIONS DE L'ASSURANCE COLLECTIVE

N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
9800		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM DU GROUPE		PROFESSIONNELLES ET PROFESSIONNELS NON SYNDIQUÉS DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC ET DES ORGANISMES AFFILIÉS		NOM DU MINISTÈRE OU ORGANISME	
NOM		PRÉNOM		SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
ADRESSE		APP.		CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A	
VILLE		CODE POSTAL		DATE DE NAISSANCE A M J	
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"/> UNION CIVILE		DATE D'EMPLOI A M J		DATE D'ADMISSIBILITÉ A M J	
SALAIRE ANNUEL		PROFESSIONNEL JURISTE <input type="checkbox"/>		STATUT D'EMPLOI TEMPORAIRE _____ % PERMANENT _____ % OCCASIONNEL _____ %	

2- RÉGIMES

RÉGIMES	ADHÉSION	MODIFICATIONS	
		J'AJOUTE	J'ENLÈVE
ASSURANCE MALADIE (Obligatoire) INDIVIDUEL <input type="checkbox"/> MONOPARENTAL <input type="checkbox"/> FAMILIAL <input type="checkbox"/> EXEMPTION* <input type="checkbox"/>			
RÉGIMES FACULTATIFS - ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT (Obligatoire pour adhésion aux autres garanties d'assurance vie) DE MOINS DE 65 ANS 1 X LE TRAITEMENT ANNUEL <input type="checkbox"/> DE 65 ANS ET PLUS 25 %, 50 %, 75 % ou 100 % _____ %			
- MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES - ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE MONOPARENTAL <input type="checkbox"/> FAMILIAL <input type="checkbox"/>			
- ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT** DE 1 À 5 FOIS LE TRAITEMENT ANNUEL - ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT** _____ FUMEUR _____ NON FUMEUR DE MOINS DE 65 ANS DE 1 À 10 TRANCHE(S) DE 10 000 \$ DE 65 ANS ET PLUS 10 000 \$ _____ FUMEUR _____ NON FUMEUR	_____ x traitement annuel _____ x 10 000 \$	_____ x traitement annuel _____ x 10 000 \$	_____ x traitement annuel _____ x 10 000 \$
- ASSURANCE TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ PROLONGÉE			

IMPORTANT : * Pour être exempté du régime d'assurance maladie de base, l'employé doit fournir à l'employeur la preuve qu'il est assuré en vertu d'un régime collectif d'assurance comportant des protections similaires.

** En vertu du contrat, ces protections peuvent être sujettes à l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur. Dans ce cas, remplir le formulaire P007 « Déclaration d'assurabilité ».

3- MODIFICATIONS

 RAISON(S) _____
CONGÉ SANS SOLDE, MATERNITÉ, MISE À PIED TEMPORAIRE, NAISSANCE, MARIAGE, COHABITATION, ETC.
4- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE

Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance ANNÉE MOIS JOUR
Conjoint :		<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	

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

 DÉSIGNATION : _____

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.

COCHEZ VOTRE CHOIX

 RÉVOCABLE IRRÉVOCABLE

6- EMPLOYEUR

N° DU MINISTÈRE OU ORGANISME	CENTRE D'OPÉR.	CENTRE DE RESP.	CENTRE DE DIST. PAIE
_____	_____	_____	_____

 SYSTÈME DE PAIE SAGIP : STANDARD AUTRE SYSTÈME DE PAIE
 VARIABLE

REMARQUES : _____

7- 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 pour fins 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'ils détiennent et qui sont 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 pour les fins du présent contrat, de sa modification, prolongation ou 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)

8- SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

_____ Téléphone _____ Date _____