



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  
 (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
5492		

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

NOM DU GROUPE <b>ASSOCIATION DES JURISTES DE L'ÉTAT</b>		NOM DE L'EMPLOYEUR		N° D'EMPLOYÉ	
NOM		PRÉNOM		SEXÉ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
DATE DE NAISSANCE		CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A		TÉLÉPHONE	
RÉSIDENT ( )		TÉLÉPHONE TRAVAIL ( )		TRAVAIL À TEMPS <input type="checkbox"/> COMPLET <input type="checkbox"/> PARTIEL	
ÉTAT CIVIL <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <b>ou</b> <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		DATE D'ADMISSIBILITÉ	
STATUT D'EMPLOI <input type="checkbox"/> PERMANENT <input type="checkbox"/> TEMPORAIRE		FONCTION ACTUELLE		SALAIRE ANNUEL	

**2- GARANTIE(S) ET STATUT**

	ADHÉSION				MODIFICATIONS			
	Ind.	Mono.	Fam.	Exemp.	J'AJOUTE		J'ENLÈVE	
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE ( <i>obligatoire si exemption, joindre copie de la preuve</i> )	<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 ( <i>obligatoire</i> )	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT ( <i>facultatif</i> ) * de 0,5 à 6 x salaire annuel <input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non fumeur				_____ x salaire				_____ x salaire
- VIE DE BASE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE ( <i>facultatif</i> ) ( <i>si protection monoparentale ou familiale choisie en maladie</i> )			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
- VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT ( <i>facultatif</i> ) * 1 à 20 tranche(s) de 10 000 \$ <input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non fumeur				_____ x 10 000 \$				_____ x 10 000 \$
- VIE ADDITIONNELLE DES ENFANTS À CHARGE ( <i>facultatif</i> ) * 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 \$
Prénom : _____				_____ x 10 000 \$				_____ x 10 000 \$
Prénom : _____				_____ x 10 000 \$				_____ x 10 000 \$
Prénom : _____				_____ x 10 000 \$				_____ x 10 000 \$
RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE ( <i>obligatoire</i> )	<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  
 N.B. : Pour adhérer à une protection monoparentale ou familiale en soins dentaires, vous devez détenir la même protection pour le régime d'assurance maladie de base.

**3- MODIFICATIONS**

RAISON(S) _____ CONGÉ SANS SOLDE, CONGÉ PARENTAL, MATERNITÉ, MISE À PIED TEMPORAIRE, NAISSANCE, MARIAGE, INVALIDITÉ, ETC.	DATE EFFECTIVE 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 (PARTIE 2)	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)**

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.
LIEN AVEC L'ADHÉRENT : _____	COCHÉZ VOTRE CHOIX <input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE

**6- EMPLOYEUR**

N° DU MINISTÈRE OU ORGANISME	CENTRE D'OPÉR.	CENTRE DE RESP.	CENTRE DE DIST. PAIE
SYSTEME DE PAIE SAGIP : <input type="checkbox"/> STANDARD <input type="checkbox"/> VARIABLE <input type="checkbox"/> AUTRE SYSTEME DE PAIE			
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'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 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