



11201

 Édifice Le Delta II  
 2875, boul. Laurier, bureau 100  
 Case postale 1500  
 Québec (Québec) G1K 8X9  
 Courrier 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)
**AVANTAGE 2-9**

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

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

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

**2- GARANTIE(S)****1. CHOIX DE LA PROTECTION : VEUILLEZ COCHER LA PROTECTION DÉSIRÉE****A. GARANTIES OBLIGATOIRE : ASSURANCE MÉDICAMENTS, AMBULANCE ET ASSURANCE VOYAGE**
 PROTECTION INDIVIDUELLE  
 PROTECTION FAMILIALE  
 EXEMPTION\*\*
**B. ASSURANCE VIE (GARANTIE OBLIGATOIRE) ET GARANTIES FACULTATIVES PRÉVUES À VOTRE CONTRAT**
 PROTECTION INDIVIDUELLE  
 PROTECTION FAMILIALE
**2. GARANTIES D'ASSURANCE AU CHOIX DE L'ADHÉRENT**

MALADIE COMPLÉMENTAIRE\*

 PROTECTION INDIVIDUELLE  
 PROTECTION FAMILIALE

VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT\* : DE 1 À 10 TRANCHE(S) DE 10 000 \$ = CHOIX \_\_\_\_\_

 OUI

VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT\* : DE 1 À 10 TRANCHE(S) DE 10 000 \$ = CHOIX \_\_\_\_\_

 OUI**3. GARANTIES D'ASSURANCE RETENUES PAR L'EMPLOYEUR**

SOINS DENTAIRES

 PROTECTION INDIVIDUELLE  
 PROTECTION FAMILIALE  
 EXEMPTION\*\*

INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE\*

 OUI

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE\*

 OUI**IMPORTANT :** \* REMPLIR LE FORMULAIRE "DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ"

\*\* 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.

JE DÉSIRE :

- A)  MODIFIER LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE - **COCHER (✓) DE NOUVEAU TOUTES LES GARANTIES DÉSIRÉES** (PARTIE 2)  
 B)  CONSERVER TOUTES LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE  
 C)  ANNULER TOUTES LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE SAUF CELLE INCLUANT L'ASSURANCE MÉDICAMENTS

DATE EFFECTIVE DE L'ÉVÉNEMENT

A M J

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	Date de naissance		Enfant(s) :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance	
Enfant(s) :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance		Enfant(s) :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance	
Enfant(s) :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance		Enfant(s) :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance	

**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 : \_\_\_\_\_

COCHER VOTRE CHOIX

 RÉVOCABLE

LIEN AVEC L'ADHÉRENT : \_\_\_\_\_

 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 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)

**7- SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR**

Signature de l'employeur

Téléphone

Date

Copie blanche : assureur - Copie jaune : employé - Copie rose : employeur