



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
 (REEMPLIR LES PARTIES 1-2-4-5-6-7)
 MODIFICATIONS DE L'ASSURANCE COLLECTIVE
 (REEMPLIR 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
1010		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

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

2-GARANTIE(S)

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

***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) _____ 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	DATE PRÉVUE DU RETOUR (S'IL Y A LIEU) A M J

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)

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 : _____	
	COCHEZ VOTRE CHOIX <input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> 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

() - Téléphone - Date