La Capitale

La Capitale assureur de l'administration publique inc.
625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856
Télécopieur : 418 646-1313 • adm.collectif@lacapitale.com

☐ **ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE**
☐ **MODIFICATION(S) À L'ASSURANCE COLLECTIVE**
☐ **FORMULAIRE SAISI DANS L'ESPACE ADMINISTRATEUR**

Nº de groupe	Nº d'employeur	Nº d'identification (sera fourni par l'Assureur au moment de l'adhésion)
0 0 1 0 0 8		

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE

Nom du groupe	Nom de l'employeur	Nº de la personne employée
FNEEQ - CSN (CÉGEPS)		

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe	Langue
			☐ F ☐ M	☐ Français ☐ Anglais

N°, rue, app.	Ville	Province	Code postal

Adresse courriel[1]	Téléphone principal	Poste	Téléphone (autre)	Poste

Note 1 : En donnant mon adresse courriel, **j'accepte** de recevoir uniquement les documents relatifs à mon contrat d'assurance collective.

État civil
☐ célibataire ☐ marié ou uni civilement ☐ conjoint de fait ☐ veuf ☐ divorcé ☐ séparé
Depuis le (AAAA/MM/JJ)

Date d'emploi (AAAA/MM/JJ)	Date d'admissibilité (AAAA/MM/JJ)	Statut d'emploi
		☐ permanent ☐ Contractuel : _____

Fonction actuelle	Salaire annuel selon le % de tâche	Travail à temps
	_____ $	☐ complet ☐ partiel : _____ %

Étiez-vous assuré en vertu du contrat de la FNEEQ avant aujourd'hui ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, veuillez préciser l'employeur : _____
Date de terminaison (AAAA/MM/JJ)

2. RAISON(S) DE LA (DES) MODIFICATION(S)

Raison : _____ Date d'effet de l'évènement :
Mariage, mise à pied temporaire, séparation de fait, adoption, naissance, décès, etc.

3. GARANTIES

IMPORTANT : Les renseignements indiqués sur ce formulaire doivent s'interpréter en complémentarité avec les dispositions contractuelles.

Assurance maladie - Obligatoire

Choix de module[2]
☐ Module A : protection de base
☐ Module B : protection régulière
☐ Module C : protection enrichie

Plan de protection
☐ Individuel
☐ Monoparental (sans personne conjointe)
☐ Couple (sans enfant)
☐ Familial

☐ Exemption[3]

Assurance soins dentaires

Choix d'option
☐ Option 1 : protection de base
☐ Option 2 : protection enrichie[4]

Plan de protection[5]
☐ Individuel
☐ Monoparental (sans personne conjointe)
☐ Couple (sans enfant)
☐ Familial

☐ Exemption[3]
☐ Je mets fin à ma participation à cette option

	J'adhère	J'ajoute	J'enlève
Assurance vie de base de la personne adhérente et assurance maladies graves de la personne adhérente[6, 7 et 8]			
– 1 fois le salaire annuel (minimum 35 000 $)[9]	☐	☐	☐
– 2 fois le salaire annuel (minimum 70 000 $)[9]	☐	☐	☐
– Personne adhérente active de 70 ans et plus (10 000 $)	☐	☐	☐
Assurance vie des personnes à charge[7, 8 et 10]			
– Personne conjointe de moins de 65 ans : 10 000 $ – Personne conjointe de 65 ans ou plus : 5 000 $ – Enfant à charge : 5 000 $	☐	☐	☐
Assurance vie additionnelle[11]			
– Personne adhérente : 1 à 10 tranches de 25 000 $	_____ tranches	_____ tranches	_____ tranches
– Personne conjointe : 1 à 10 tranches de 25 000 $	_____ tranches	_____ tranches	_____ tranches
Assurance invalidité de longue durée[12]	☐	☐	☐

Note 2 : Période minimale de participation de 12 mois avant de pouvoir augmenter et de 36 mois avant de pouvoir diminuer. Toute demande de changement de protection doit être faite pendant la période du 1er au 30 novembre de chaque année et la protection demandée entre en vigueur le 1er janvier de l'année suivante. | **Note 3 :** IMPORTANT – Pour être exemptée de participer à ces garanties, la personne adhérente doit fournir à l'employeur la preuve qu'elle et ses personnes à charge, le cas échéant, sont assurées en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des protections similaires. | **Note 4 :** Conditionnelle à ce que la personne adhérente ait opté pour le Module C en assurance maladie. | **Note 5 :** Le plan de protection doit être identique à celui de l'assurance maladie, sauf dans le cas où le droit d'exemption est exercé pour la garantie d'assurance maladie | **Note 6 :** La participation à cette garantie est obligatoire pour adhérer aux autres garanties d'assurance vie et une protection de 2 fois le salaire annuel est requise pour adhérer à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente. Le montant viager maximum payable en vertu de l'assurance maladies graves est de 25 000 $, sous réserve des dispositions contractuelles. | **Note 7 :** L'Assureur paie au bénéficiaire le montant d'assurance vie selon l'âge de la personne adhérente au moment de son décès. | **Note 8 :** Aucune preuve d'assurabilité n'est requise pour adhérer à ces garanties dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité ainsi que dans les 30 jours suivant la date de l'événement. Après ce délai, des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps. | **Note 9 :** Réduction de 50 % du montant d'assurance à l'âge de 65 ans. | **Note 10 :** Requise pour pouvoir adhérer à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe. | **Note 11 :** Des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps. | **Note 12 :** Participation obligatoire pour les personnes employées permanentes ainsi que pour toute personne enseignante dans un collège à la date de début du contrat suivant l'atteinte de trois ans d'ancienneté à partir du premier contrat admissible, sous réserve du droit de renonciation

4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe F M	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant à charge atteint d'une déficience fonctionnelle[13]	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 21 ans ou plus, étudiant à temps plein[14]	
					Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
Personne conjointe		☐ ☐				
Enfant(s)		☐ ☐		☐		
		☐ ☐		☐		
		☐ ☐		☐		
		☐ ☐		☐		

Note 13 : Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.
Note 14 : La Capitale se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

5. RETRAIT DE PERSONNES À CHARGE

Veuillez remplir la section 3 si vous désirez modifier votre protection et nous indiquer la raison de cette modification à la section 2.

Prénom et nom	Prénom et nom

6. DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRES (pour les garanties d'assurance vie)

Révocable	Irrévocable	Prénom et nom	Pourcentage	Lien avec la personne adhérente
☐	☐			
☐	☐			
☐	☐			

MISE EN GARDE : Si des pourcentages sont indiqués, ceux-ci doivent totaliser au maximum 100 %. Si aucun pourcentage n'est précisé, la prestation d'assurance vie sera partagée en parts égales entre les bénéficiaires désignés. **PROVINCE DE QUÉBEC :** la désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est considérée irrévocable à moins de stipulation contraire de la personne adhérente. Une désignation irrévocable peut être modifiée seulement si le bénéficiaire a atteint l'âge de la majorité et qu'il signe une renonciation à ses droits de bénéficiaire. **AUTRES PROVINCES QUE LE QUÉBEC :** une désignation de bénéficiaire est considérée révocable à moins de stipulation contraire de la personne adhérente. Une désignation irrévocable peut être modifiée seulement si le bénéficiaire a atteint l'âge de la majorité et s'il consent par écrit à ce changement.

7. DÉSIGNATION DU FIDUCIAIRE POUR UN BÉNÉFICIAIRE MINEUR (ne s'applique pas à la province de Québec)

Si vous désignez un bénéficiaire n'ayant pas atteint l'âge de la majorité, vous devez nommer un fiduciaire.

Prénom et nom			
No, rue, app.	Ville	Province	Code postal

8. AUTORISATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

« **J'accepte,** par les présentes, les dispositions du contrat d'assurance collective et **je consens** à ce que les primes nécessaires soient prélevées sur mon salaire, le cas échéant. **J'accepte** que mon numéro d'assurance sociale serve aux fins d'administration pour La Capitale assureur de l'administration publique inc. (La Capitale).

J'autorise mon employeur, le Preneur du contrat, La Capitale ou ses réassureurs ainsi que les représentants et prestataires de service à fournir, à recevoir et à échanger entre eux tous les renseignements personnels relatifs à mon admissibilité, à mon assurabilité et à mes demandes de prestations en vertu du régime et à celles de mes personnes à charge, le cas échéant. 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 prestataires de service 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 si elle est utilisée aux fins d'échange de renseignements.

X _____ Date : _____

Signature de la personne adhérente ou, si mineure, de son représentant légal — AAAA/MM/JJ

9. SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

X _____ Date : _____ _____

Signature — Année Mois Jour — Téléphone

10. AVIS

La Capitale désire vous aviser que les renseignements recueillis lors de la présente transaction seront versés à votre dossier dont l'objet est «Assurance collective ». Seuls les employés ou prestataires de service de la compagnie y auront accès, et ce, uniquement si ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions ou à l'exécution de leur mandat. Sauf les exceptions prévues à la loi, aucune autre personne n'aura accès à votre dossier sans votre autorisation. Le dossier sera conservé à l'adresse ci-dessous.

Si vous désirez accéder à votre dossier, veuillez transmettre par écrit une demande à l'attention du responsable de l'accès à l'information, Direction de l'administration. Si l'un des renseignements personnels vous concernant était inexact, incorrect ou incomplet, vous pourriez de la même façon en demander la rectification.

En adhérant à un contrat de La Capitale, vos nom et adresse seront inclus à notre fichier de clients, de manière à vous offrir un meilleur service et à vous faire part des nouveaux produits conçus pour répondre à vos besoins. Si vous désirez que vos coordonnés n'apparaissent pas sur notre liste de distribution, vous devrez nous en informer au moyen d'une demande écrite ou verbale.

Pour joindre le service à la clientèle :
Téléphone : 418 644-4200
Sans frais : 1 800 463-4856
Courriel : adm.collectif@lacapitale.com

La Capitale assureur de l'administration publique inc.
625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9 • lacapitale.com

Le présent formulaire peut être transmis à l'Assureur par la poste, par télécopieur ou par courriel aux coordonnées inscrites ci-dessus.
Si vous n'avez pas transmis le document original, assurez-vous de le conserver en lieu sûr en cas de contrôle.
Il est à noter que l'Assureur peut exiger le document original en tout temps aux fins de vérification.