

4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

| | Prénom et nom | Sexe | | Date de naissance (AAAA/MM/JJ) | Enfant à charge atteint d'une déficience fonctionnelle ⁴ | À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 21 ans ou plus, étudiant à temps plein ⁵ | |
|--------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| | | F | M | | | Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ) | Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ) |
| Personne conjointe | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Enfant(s) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |

Note 4 : Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.

Note 5 : 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. 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

Signature de la personne adhérente ou, si mineure, de son représentant légal

Date : _____

AAAA/MM/JJ

7. SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

X

Signature

Date : _____

Année Mois Jour Téléphone

8. 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 coordonnées 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.