

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

N° de groupe
0 | 0 | 9 | 8 | 0 | 0

N° d'employeur

N° d'identification

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom du groupe PROFESSIONNELLES ET PROFESSIONNELS NON SYNDIQUÉS DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC ET DES ORGANISMES AFFILIÉS		Nom du ministère ou organisme		
Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> 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 assurance collective.				
État civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié ou uni civilement <input type="checkbox"/> conjoint de fait <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> séparé		Depuis le (AAAA/MM/JJ)		
Date d'emploi (AAAA/MM/JJ)	Date d'admissibilité (AAAA/MM/JJ)	Poste <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Juriste		
Salaire annuel _____ \$		Statut d'emploi Temporaire : _____% Permanent : _____% Occasionnel : _____%		

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

Raison : _____ Date d'effet de l'événement : _____
 Congé sans solde, congé parental, maternité, naissance, mariage, divorce, décès, etc.

3. RÉGIMES

OBLIGATOIRE	Assurance maladie	OBLIGATOIRE	<input type="checkbox"/> Assurance traitement en cas d'invalidité prolongée³
	Choix de régime		
	<input type="checkbox"/> Régime de base		<input type="checkbox"/> Individuelle
	<input type="checkbox"/> Régime intermédiaire		<input type="checkbox"/> Monoparentale
	<input type="checkbox"/> Régime enrichi		<input type="checkbox"/> Familiale
	<input type="checkbox"/> Exemption ²		
Maintien obligatoire d'une durée de 36 mois .			

	J'adhère	J'ajoute	J'enlève
RÉGIME OBLIGATOIRE			
Assurance vie de base de la personne adhérente^{4 et 5}			
– de moins de 65 ans : 1 fois le traitement annuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– de 65 ans ou plus : 25 %, 50 %, 75 % ou 100 % du traitement annuel	_____ %	_____ %	_____ %
Assurance vie supplémentaire de la personne adhérente^{4 et 6}			
– de 1 à 5 fois le traitement annuel	_____ fois	_____ fois	_____ fois
– Statut de tabagisme : <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur			
Assurance mort ou mutilation accidentelle de la personne adhérente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance vie de base : – des enfants à charge ou – des enfants à charge et de la personne conjointe ⁷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance vie supplémentaire de la personne conjointe⁶			
– de moins de 65 ans : de 1 à 10 tranche(s) de 10 000 \$	_____ tranche(s)	_____ tranche(s)	_____ tranche(s)
– de 65 ans ou plus : 10 000 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Statut de tabagisme : <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur			
Assurance « maladies redoutées »⁶			
– de la personne adhérente : 5 à 30 tranches de 5 000 \$	_____ tranche(s)	_____ tranche(s)	_____ tranche(s)
– de la personne conjointe : 5 à 30 tranches de 5 000 \$	_____ tranche(s)	_____ tranche(s)	_____ tranche(s)

Note 2 : Pour être exemptée du régime obligatoire d'assurance maladie, la personne adhérente doit fournir à l'employeur la preuve qu'elle est assurée en vertu d'un régime collectif d'assurance comportant des protections similaires. | **Note 3** : La participation au régime d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée est obligatoire pour tout employé admissible, à l'exception du personnel de cabinet (autre que directeur) et du personnel de député, sous réserve des dispositions contractuelles. | **Note 4** : Si retenue, l'Assureur paie au bénéficiaire le montant d'assurance vie selon l'âge de l'adhérent, au moment de son décès, tel que stipulé dans son document de référence. | **Note 5** : Obligatoire pour adhérer aux autres garanties d'assurance vie. | **Note 6** : Le cas échéant, veuillez compléter le formulaire *Déclaration d'assurabilité* disponible sur le site Internet de La Capitale et sur l'Espace Client, section Assurance collective. | **Note 7** : Obligatoire pour adhérer à la garantie d'assurance vie supplémentaire de la personne conjointe.

SERVICE DE REMBOURSEMENT PAR DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ

J'autorise La Capitale à déposer mes prestations d'assurance maladie dans mon compte bancaire. (Veuillez compléter les renseignements bancaires ci-dessous; aucun spécimen de chèque n'est requis).

⑈ 243 ⑈ 100005 ⑈ 1231 ⑈ 12345 ⑈ 123456 ⑈					
N° de succursale	N° de l'institution	N° du compte	N° de succursale	N° de l'institution	N° du compte

