



- ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE
- MODIFICATION(S) DE L'ASSURANCE COLLECTIVE
- CONJOINT SURVIVANT
- TRANSMIS PAR LE PORTAIL

N° de groupe 0 0 0 3 0 6	N° d'employeur	N° d'identification
------------------------------------	----------------	---------------------

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom du groupe SÛRETÉ DU QUÉBEC	
Nom	Prénom
Date de naissance Année Mois Jour	
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Langue : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais
N°, rue, app.	Ville
Province	Code postal
Téléphone principal	Poste
Téléphone autre	Poste
Adresse courriel ¹	Note 1: En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à ma police d'assurance.
Date d'admissibilité Année Mois Jour	Salaire annuel
État civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié ou uni civilement ² <input type="checkbox"/> conjoint de fait ² <input type="checkbox"/> veuf ² <input type="checkbox"/> divorcé ² <input type="checkbox"/> séparé ² Note 2: Depuis le	
Année Mois Jour	
Fonction actuelle <input type="checkbox"/> policier <input type="checkbox"/> civil	Statut d'emploi <input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> autre (spécifier): _____
Travail à temps <input type="checkbox"/> complet <input type="checkbox"/> partiel: _____ %	

2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT DÉCÉDÉ (pour conjoint survivant seulement)

Nom	Prénom	N° d'identification	Date de naissance Année Mois Jour
-----	--------	---------------------	--------------------------------------

3. GARANTIES

			J'adhère	J'enlève
ADHÉRENT ACTIF	▪ Assurance vie de base	- Individuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ Assurance vie du conjoint et des enfants à charge	- Familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHÉRENT RETRAITÉ	▪ Assurance vie de base	- Individuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ Assurance vie du conjoint et des enfants à charge	- Familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date de la retraite: _____ Année Mois Jour				
CONJOINT SURVIVANT	▪ Assurance vie du conjoint et des enfants à charge	- Familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. RAISON(S) DE LA (DES) MODIFICATION(S) (pour l'adhérent actif seulement)

Congé sans solde, congé parental, maternité, naissance, mariage, etc.

Date d'effet de l'événement: _____ Date prévue du retour (s'il y a lieu): _____
Année Mois Jour Année Mois Jour

- Je conserve toutes les garanties de mon assurance collective
- J'annule toutes les garanties de mon assurance collective

5. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe M F	Date de naissance (AA/MM/JJ)	Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle ³	À remplir dans le cas d'un enfant à charge de plus de 21 ans, étudiant à temps plein ⁴	
					Début de session scolaire (AA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AA/MM/JJ)
Conjoint		<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 3: Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.

Note 4: La Capitale se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

6. 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 4.

Prénom et nom	Prénom et nom
---------------	---------------

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

Révocable	Irrévocable	Prénom et nom	Lien avec l'adhérent
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

MISE EN GARDE: Si des pourcentages sont indiqués, ceux-ci doivent totaliser 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 l'adhérent. 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 l'adhérent. 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.

8. 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			
N°, rue, app.	Ville	Province	Code postal

9. MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME (ne s'applique qu'aux retraités et au conjoint survivant)

Accord de débits préautorisés (DPA) – Personnel (Si ce mode de paiement est retenu, veuillez joindre un spécimen de chèque.)

Caractéristiques des débits: Ceci est un DPA à montant variable. Vous, le payeur, autorisez La Capitale à porter au débit du compte bancaire indiqué les montants nécessaires en paiement de la prime, des taxes, ainsi que des frais applicables, s'il y a lieu, à votre police d'assurance. Votre fréquence de prélèvement correspondra à votre fréquence de facturation. Le prélèvement s'effectuera 15 jours après la production de votre facture. Vous autorisez aussi La Capitale à présenter à nouveau une demande de prélèvement dans les 10 jours suivant la non-acceptation du prélèvement initial. Dans ce cas, des frais d'administration pourraient s'appliquer à un prochain prélèvement. **Renonciation:** Par le présent Accord, je renonce à recevoir les préavis suivants: 1) d'une autorisation avant le traitement du premier prélèvement, 2) de tout prélèvement subséquent, et 3) des changements du montant ou de la date du prélèvement apportés à votre demande ou à celle de la compagnie. **Annulation:** Je peux révoquer mon autorisation sur signification d'un préavis de 30 jours. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.paiements.ca. Je comprends que l'Assureur peut résilier le présent accord par écrit, avec un préavis de 30 jours. **Recours et remboursement:** En cas de contestation d'un DPA, je conviens d'en informer La Capitale. Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours, vous pouvez communiquer avec votre institution financière ou visitez www.paiements.ca.

X

Signature du titulaire du compte

Date: _____
Année Mois Jour

X

Signature du deuxième titulaire du compte si requise

Date: _____
Année Mois Jour

Retraite Québec – (Si vous êtes une personne retraitée des secteurs public et parapublic québécois, un prélèvement peut être effectué à même votre rente de retraite.) Étant prestataire de Retraite Québec, j'autorise cet organisme à déduire de mon chèque de pension les cotisations requises jusqu'à avis contraire de ma part.

X

Signature du contribuant

Date: _____
Année Mois Jour

N° d'assurance sociale (NAS) (obligatoire pour adhérer à ce mode de paiement)

Veuillez me facturer mensuellement (paiement par chèque)

X

Signature du titulaire du compte

Date: _____
Année Mois Jour

10. AUTORISATION DE L'ADHÉRENT

« J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les cotisations requises, La Capitale assureur de l'administration publique inc. (ci-après appelée La Capitale) et le responsable du régime à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins 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 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 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.

X

Signature de l'adhérent ou, si mineur, de son représentant légal

Date: _____
Année Mois Jour Téléphone

11. SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR (ne s'applique pas aux retraités ni au conjoint survivant)

X

Date: _____
Année Mois Jour Téléphone Poste

12. AVIS

La Capitale désire vous aviser que les renseignements recueillis seront versés à votre dossier dont l'objet est « Assurance collective ». Sauf les exceptions prévues à la loi, 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. Le dossier sera conservé à l'adresse ci-dessous.

Si vous désirez accéder à votre dossier ou demander la rectification d'un renseignement inexact ou incomplet, veuillez transmettre par écrit une demande à l'attention du responsable de l'accès à l'information, Direction de l'administration.

Dans le but de rendre service à sa clientèle, il se peut que La Capitale groupe financier inc., ses filiales et représentants autorisés utilisent vos renseignements nominatifs (nom, adresse, numéro de téléphone et adresse courriel) pour vous informer des produits et services susceptibles de vous intéresser. Si toutefois vous ne désirez pas recevoir ce type d'information, écrivez-nous à l'adresse ci-dessous.

Pour joindre le service à la clientèle: Téléphone: 418 644-4200 La Capitale assureur de l'administration publique inc.
Sans frais: 1 800 463-4856 625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500
Courriel: adm.collectif@lacapitale.com 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.