

La Capitale assureur de l'administration publique inc.

625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
 418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur: 418 646-1313 • adm.collectif@lacapitale.com

N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
001010		

1 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM DU GROUPE FNEEQ (Collèges privés et universités)		NOM DE L'EMPLOYEUR		N° D'EMPLOYÉ	
NOM		PRÉNOM		SEXÉ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
DATE DE NAISSANCE		A		M J	
ADRESSE N° RUE		APP.		LANGUE DE CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A	
VILLE		CODE POSTAL		TRAVAIL À TEMPS <input type="checkbox"/> COMPLET <input type="checkbox"/> PARTIEL : _____ (%)	
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.			
ÉTAT CIVIL <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> MARIÉ OU UNI CIVILEMENT ² <input type="checkbox"/> VEUF ² <input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT ² <input type="checkbox"/> DIVORCÉ ² <input type="checkbox"/> SÉPARÉ ²					
NOTE 2 : DEPUIS LE : _____ A M J					
FONCTION ACTUELLE		DATE D'EMPLOI		DATE D'ADMISSIBILITÉ	
		A M J		A M J	
				STATUT D'EMPLOI <input type="checkbox"/> PERMANENT <input type="checkbox"/> CONTRACTUEL _____	
				SALAIRE ANNUEL SELON LE % DE TÂCHE	
Étiez-vous assuré en vertu du contrat de la FNEEQ avant aujourd'hui? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non					
A M J					
Si oui, précisez l'employeur: _____ et la date de terminaison: _____					

2 - GARANTIES

GARANTIES OBLIGATOIRES	J'ADHÈRE			JE MODIFIE MA PROTECTION					
	BASE (Module A)	RÉGULIÈRE (Module B)	ENRICHIE (Module C)	AJOUTER			ENLEVER		
				BASE (Module A)	RÉGULIÈRE (Module B)	ENRICHIE (Module C)	BASE (Module A)	RÉGULIÈRE (Module B)	ENRICHIE (Module C)
- ASSURANCE MALADIE Le plan de protection choisi s'appliquera également à l'assurance soins dentaires s'il y a lieu. Plan de protection – Individuel – Monoparental (sans conjoint) <input type="checkbox"/> Exemption ³ – Couple (sans enfant admissible) – Familial	<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"/>
Une participation de 36 mois au niveau choisi doit être atteinte pour qu'une réduction soit permise.									
- ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE	<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"/>
- ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE⁴	<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"/>
GARANTIES OPTIONNELLES	BASE (Option 1)	ENRICHIE (Option 2)		BASE (Option 1)	ENRICHIE (Option 2)		BASE (Option 1)	ENRICHIE (Option 2)	
- ASSURANCE SOINS DENTAIRES Le plan de protection doit être le même en assurance maladie et en soins dentaires lorsque ces deux garanties sont retenues, sauf si l'adhérent choisit l'exemption en assurance maladie. Plan de protection – Individuel – Monoparental (sans conjoint) <input type="checkbox"/> Exemption ^{3,5} – Couple (sans enfant admissible) – Familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une participation de 36 mois au niveau choisi doit être atteinte pour qu'une réduction ou une terminaison soit permise.									
- ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT ET ASSURANCE MALADIES GRAVES (requis pour adhérer aux autres garanties d'assurance vie)	<input type="checkbox"/> 1 X le salaire annuel (min. 35 000 \$) <input type="checkbox"/> 2 X le salaire annuel (min. 70 000 \$)			<input type="checkbox"/> 1 X le salaire annuel (min. 35 000 \$) <input type="checkbox"/> 2 X le salaire annuel (min. 70 000 \$)			<input type="checkbox"/> 1 X le salaire annuel (min. 35 000 \$) <input type="checkbox"/> 2 X le salaire annuel (min. 70 000 \$)		
- ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	<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"/>
- ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT⁶ La personne adhérente doit détenir une protection de 2 X le salaire annuel en assurance vie de base.	De 1 à 10 tranches de 25 000 \$ _____ X 25 000 \$			De 1 à 10 tranches de 25 000 \$ _____ X 25 000 \$			De 1 à 10 tranches de 25 000 \$ _____ X 25 000 \$		
- ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT⁶ La protection d'assurance vie des personnes à charge doit être retenue pour adhérer.	De 1 à 10 tranches de 25 000 \$ _____ X 25 000 \$			De 1 à 10 tranches de 25 000 \$ _____ X 25 000 \$			De 1 à 10 tranches de 25 000 \$ _____ X 25 000 \$		

3. Pour être exempté des garanties d'assurance maladie ou soins dentaires, l'adhérent doit fournir à l'employeur la preuve qu'il est assuré en vertu d'un régime d'assurance collective équivalent.

4. Cette garantie est obligatoire pour un employé permanent et d'abord optionnelle pour toute autre catégorie d'employés.

5. La protection de base (Option 1) est disponible même si l'adhérent est exempté en assurance maladie.

6. Cette garantie est toujours sujette à l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur. Veuillez remplir un formulaire « Déclaration d'assurabilité ».

3 - RAISON(S) DE LA (DES) MODIFICATION(S)

CONGÉ SANS SOLDE, CONGÉ PARENTAL, MATERNITÉ, MISE À PIED TEMPORAIRE, NAISSANCE, MARIAGE, ETC.

- A) JE MODIFIE LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE – (PARTIE 2)
B) JE CONSERVE TOUTES LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE
C) J'ANNULE TOUTES LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE SAUF CELLES INCLUANT L'ASSURANCE MÉDICAMENTS ET SOINS DENTAIRES

DATE D'EFFET DE L'ÉVÉNEMENT

A M J

DATE PRÉVUE DU RETOUR (S'IL Y A LIEU)

A M J

4 - IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

Prénom – Conjoint	Nom – Conjoint	Sexe	Date de naissance	Prénom – Enfant(s)	Nom – Enfant(s)	Sexe	Date de naissance	Étudiant	Déficience fonctionnelle ⁷
		M F	A M J			M F	A M J		
		<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"/>		<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 7: Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.

5 - DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE (POUR LES GARANTIES D'ASSURANCE VIE)

- RÉVOCABLE IRRÉVOCABLE

MISE EN GARDE: 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. **PROVINCE DE L'ONTARIO:** La désignation du conjoint légalement marié à titre de bénéficiaire est considérée révoicable 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.

PRÉNOM ET NOM: _____

LIEN AVEC L'ADHÉRENT: _____

6 - DÉSIGNATION DU FIDUCIAIRE (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: _____

ADRESSE	N°	RUE	APP.	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
---------	----	-----	------	-------	----------	-------------

7 - DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

J'accepte par les présentes, les dispositions de la police 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 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.

A M J

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

Téléphone (jour)

Téléphone (autre)

Date

8 - SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

A M J

Téléphone

Date

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. 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 ou sans frais: 1 800 463-4856
adm.collectif@lacapitale.com • lacapitale.com

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

Veuillez conserver une copie (employé et employeur) et transmettre l'original à La Capitale.