



REGROUPEMENT
Loisir et Sport
du Québec



CENTRE
québécois de services
aux associations
Une initiative du RLSQ

Regroupement loisir et
sport du Québec / Centre
québécois de services
aux associations
dlavoie@loisirsport.qc.ca

514 252-3128
1 800 932-3735 poste 1
4545, avenue Pierre-De-Coubertin
Montréal (Québec) H1V 0B2



La Capitale
Assureur de
l'administration publique

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

N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
001962		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM DU REGROUPEMENT LOISIR ET SPORT DU QUÉBEC / GROUPE CENTRE QUÉBÉCOIS DE SERVICES AUX ASSOCIATIONS		NOM DE L'EMPLOYEUR		N° D'EMPLOYÉ	
NOM		PRÉNOM		SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
DATE DE NAISSANCE		A		M J	
ADRESSE		N° RUE		APP.	
CORRESPONDANCE		TÉLÉPHONE RÉSIDENT ()		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A	
VILLE		CODE POSTAL		TÉLÉPHONE TRAVAIL ()	
ÉTAT CIVIL <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> MARIÉ* <input type="checkbox"/> VEUF* <input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT* <input type="checkbox"/> DIVORCÉ* <input type="checkbox"/> SÉPARÉ* <input type="checkbox"/> UNION CIVILE*		TRAVAIL À TEMPS <input type="checkbox"/> COMPLET <input type="checkbox"/> PARTIEL : _____ (%) OU _____ (NBH/SEM)		* DEPUIS LE A M J	
FONCTION ACTUELLE		SALAIRE ANNUEL		DATE A M J D'EMPLOI	
DATE A M J D'ADMISSIBILITÉ		STATUT D'EMPLOI <input type="checkbox"/> PERMANENT <input type="checkbox"/> AUTRE (SPÉCIFIEZ) : _____			

2- GARANTIES

CHOIX DES OPTIONS (ASSURANCE SOINS MÉDICAUX)

- OPTION A (MAINTIEN MINIMUM : 24 MOIS)
- OPTION B (MAINTIEN MINIMUM : 24 MOIS)
- OPTION C (MAINTIEN MINIMUM : 48 MOIS)

CHOIX DES PROTECTIONS (ASSURANCE SOINS MÉDICAUX)

- **ASSURANCE SOINS MÉDICAUX**
 - INDIVIDUELLE
 - FAMILIALE
 - MONOPARENTALE (SANS CONJOINT AVEC ENFANT(S))
 - EXEMPTÉE*
- **ASSURANCE VIE ET MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE (Protection selon le choix retenu pour l'assurance soins médicaux)**
- **ASSURANCE VIE FACULTATIVE (Veuillez préciser vos habitudes de tabagisme)**
 - ADHÉRENT (de 1 à 25 tranches de 10 000 \$) FUMEUR NON-FUMEUR MONTANT : _____ X 10 000 \$
 - CONJOINT (de 1 à 25 tranches de 10 000 \$) FUMEUR NON-FUMEUR MONTANT : _____ X 10 000 \$
- **ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (OBLIGATOIRE SELON LES MODALITÉS DU CONTRAT)**

* **IMPORTANT: POUR ÊTRE EXEMPTÉ DES GARANTIES D'ASSURANCE SOINS MÉDICAUX, L'ADHÉRENT DOIT FOURNIR À L'EMPLOYEUR LA PREUVE QU'IL EST ASSURÉ EN VERTU D'UN RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE COMPORTANT UNE PROTECTION SIMILAIRE.**

3- MODIFICATION(S)

RAISON(S) : _____
CONGÉ SANS SOLDE, CONGÉ PARENTAL, MATERNITÉ, MISE À PIED TEMPORAIRE, NAISSANCE, MARIAGE, INVALIDITÉ, ETC.

JE DÉSIRE :

A) MODIFIER LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE - **COCHER (✓) DE NOUVEAU TOUTES LES GARANTIES DÉSIRÉES (PARTIE 2)**

B) CONSERVER TOUTES LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE

C) ANNULER TOUTES LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE SAUF CELLE INCLUANT L'ASSURANCE MÉDICAMENTS

DATE D'EFFET DE L'ÉVÈNEMENT
A M J

DATE PRÉVUE DU RETOUR (S'IL Y A LIEU)
A M J

4- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE (SI PROTECTION FAMILIALE, MONOPARENTALE OU EXEMPTÉE)

Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance
			A M J				A M J
Conjoint(e) :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Enfant(s) :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant(s) :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

5- NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE (POUR LES GARANTIES D'ASSURANCE VIE)

DÉSIGNATION : _____

LIEN AVEC L'ADHÉRENT : _____

MISE EN GARDE : LA DÉSIGNATION D'UN BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE ENTRAÎNE DES CONSÉQUENCES IMPORTANTES, NOTAMMENT, SON CONSENTEMENT SERA NÉCESSAIRE POUR LE REMPLACER ET, S'IL EST D'ÂGE MINEUR, LE CONSENTEMENT DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL DEVRA ÊTRE OBTENU.

COCHER VOTRE CHOIX

RÉVOCABLE

IRRÉVOCABLE

6- AUTORISATION

« J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les cotisations requises, La Capitale assureur de l'administration publique inc. 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 toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements notamment des renseignements médicaux à mon sujet, le cas échéant, à transmettre à La Capitale assureur de l'administration publique inc., ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'ils détiennent et qui sont nécessaires au traitement de mon dossier.

J'autorise également La Capitale assureur de l'administration publique inc. à communiquer ces renseignements aux personnes susmentionnées 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 assureur de l'administration publique inc. 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.

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

() _____
Téléphone

Date

(VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DE L'AVIS AU VERSO)

7- ADRESSE COURRIEL DE L'ADHÉRENT
