

AVANTAGE 2-9

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

| | | |
|--------------|----------------|---------------------|
| N° de groupe | N° d'employeur | N° d'identification |
|--------------|----------------|---------------------|

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

| | | | | |
|---|---------------|-----------------------|--|--|
| Nom du groupe | | Nom de l'employeur | | N° d'employé |
| Nom | | | Prénom | |
| Langue de correspondance <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais | | N°, rue, app. | | Ville |
| Province | Code postal | Téléphone (résidence) | Téléphone (travail) | Poste |
| Date de naissance | Date d'emploi | Date d'admissibilité | Statut d'emploi <input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> autre (spécifier) : _____ | |
| Année | Mois | Jour | Année | Mois |
| Année | Mois | Jour | Année | Mois |
| État civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié ou uni civilement ¹ <input type="checkbox"/> conjoint de fait ¹ <input type="checkbox"/> veuf ¹ <input type="checkbox"/> divorcé ¹ <input type="checkbox"/> séparé ¹ | | Note 1 : Depuis le | | |
| | | Année | Mois | Jour |
| Fonction actuelle | | Salaire annuel | | Travail à temps <input type="checkbox"/> complet <input type="checkbox"/> partiel : _____ % |

2. GARANTIES (Veuillez vérifier les garanties et les protections prévues au contrat)

GARANTIES OBLIGATOIRES PAR EMPLOYÉ

- ASSURANCE MALADIE DE BASE – protection: individuelle familiale exemptée²
 ASSURANCE VIE DE BASE – protection: individuelle familiale

GARANTIES OPTIONNELLES PAR EMPLOYÉ

- ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE³ – protection: individuelle familiale
 ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT³ – de 1 à 10 tranches de 10 000 \$ – nombre de tranches = _____
 ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT³ – de 1 à 10 tranches de 10 000 \$ – nombre de tranches = _____

GARANTIES OPTIONNELLES PAR EMPLOYEUR (Obligatoire si l'employeur a retenu une ou toutes ces options)

- ASSURANCE SOINS DENTAIRES – protection: individuelle familiale exemptée²
 ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE³
 ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE³

IMPORTANT

Note 2 : Pour être exempté des garanties d'assurance maladie et/ou soins dentaires, 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.

Note 3 : Ces protections sont sujettes à l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur. Veuillez remplir le formulaire « Déclaration d'assurabilité » disponible sur le site Internet de La Capitale à l'adresse lacapitale.com/formulaires et sur l'Espace client, section « Assurance collective ».

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

Pour bénéficier de ce service, vous devez vous inscrire sur l'Espace client à l'adresse www.lacapitale.com

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

Congé sans solde, congé parental, maternité, mise à pied temporaire, 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 modifie les garanties de mon assurance collective (cocher à nouveau toutes les garanties désirées à la section 2)
 Je conserve toutes les garanties de mon assurance collective
 J'annule toutes les garanties de mon assurance collective, sauf les garanties obligatoires Assurance maladie de base et Assurance vie de base

4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

| | Prénom et nom | Sexe M F | Date de naissance (AA/MM/JJ) | Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle ⁵ | À remplir dans le cas d'un enfant à charge de plus de 17 ou 20 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"/> | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ |
| | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _ _ _ _ _ _ _ | <input type="checkbox"/> | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ |

Note 4: Veuillez vérifier l'âge admissible selon votre contrat. La Capitale se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

Note 5: Veuillez remplir le formulaire « Statut d'enfant à charge atteint d'invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle » disponible sur le site Internet de La Capitale à l'adresse lacapitale.com/formulaires et sur l'Espace client, section « Assurance collective » et le joindre au présent formulaire.

5. DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE (pour les garanties d'assurance vie)

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

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. **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.

6. 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 _ _ _ _ _ _ _ |

7. AUTORISATION DE L'ADHÉRENT

« **J'autorise** mon employeur à déduire de mon salaire les cotisations requises ainsi que 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, 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 personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet, le cas échéant, à fournir à La Capitale ou à ses prestataires de service tous les renseignements nécessaires au traitement de mon dossier. La présente autorisation est également valide, advenant mon décès, à l'égard de toute personne ou organisation détenant des renseignements requis par La Capitale ou ses prestataires de service et 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. »

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 _____ Date: |_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|
Signature de l'adhérent ou, si mineur, de son représentant légal Année Mois Jour Téléphone

8. SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

X _____ Date: |_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|
Année Mois Jour Téléphone Poste

9. 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 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 |
|--|---|---|