

AVANTAGE 2-9

La Capitale assurances et gestion du patrimoine 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

NOM DU GROUPE		NOM DE L'EMPLOYEUR		N° D'EMPLOYÉ	
NOM		PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE A M J	
ADRESSE N° RUE		APP.		CORRESPONDANCE	
VILLE		CODE POSTAL		TÉLÉPHONE TRAVAIL ()	
ÉTAT CIVIL		DATE D'EMPLOI A M J		DATE D'ADMISSIBILITÉ A M J	
<input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE ou <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*		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A	
* DEPUIS LE A M J		TRAVAIL À TEMPS		STATUT D'EMPLOI	
FONCTION ACTUELLE		SALAIRE ANNUEL		<input type="checkbox"/> COMPLET <input type="checkbox"/> PARTIEL : _____ (%) OU _____ (NBH/SEM)	
<input type="checkbox"/> PERMANENT		<input type="checkbox"/> AUTRE (SPÉCIFIEZ) : _____			

2- GARANTIES

1. GARANTIES OBLIGATOIRES PAR EMPLOYÉ

ASSURANCE MALADIE DE BASE

ASSURANCE VIE DE BASE

PROTECTION INDIVIDUELLE
 PROTECTION FAMILIALE
 EXEMPTION**

2. GARANTIES OPTIONNELLES PAR EMPLOYÉ

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE*

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT* : DE 1 À 10 TRANCHE(S) DE 10 000\$ = CHOIX _____

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT* : DE 1 À 10 TRANCHE(S) DE 10 000\$ = CHOIX _____

PROTECTION INDIVIDUELLE
 PROTECTION FAMILIALE

OUI
 OUI

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

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE*
 ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE*

PROTECTION INDIVIDUELLE
 PROTECTION FAMILIALE
 EXEMPTION**

OUI
 OUI

IMPORTANT : * REMPLIR LE FORMULAIRE DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ
 ** 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.

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

J'autorise La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. à déposer mes prestations d'assurance maladie et/ou soins dentaires dans mon compte bancaire. (Veuillez compléter les informations bancaires ci-après, aucun spécimen de chèque n'est requis).

N° de succursale No d'institution N° de compte

3- MODIFICATIONS

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 - **COCHEZ (✓) 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 LES GARANTIES OBLIGATOIRES ASSURANCE MALADIE DE BASE ET ASSURANCE VIE DE BASE

DATE D'EFFET DE L'ÉVÉNEMENT A M J

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

4- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE

Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance A M J	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance A M J
Conjoint :	_____	<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)

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 TUTEUR DEVRA ÊTRE OBTENU.

DÉSIGNATION : _____

LIEN AVEC L'ADHÉRENT : _____

COCHEZ VOTRE CHOIX

RÉVOCABLE
 IRRÉVOCABLE

6- DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

«J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les cotisations requises, La Capitale assurances et gestion du patrimoine 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 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 mandataires, tous les renseignements qu'elle détient, 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.

Signature de l'adhérent ou si mineur de son représentant légal _____ Téléphone _____ Date _____

(VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DE L'AVIS)

7- SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

Signature _____ Téléphone _____ Date _____

AVIS

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (ci-après appelée « 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 mandataires 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. 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 à la 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.

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

625, rue Jacques-Parizeau

Case postale 1500

Québec (Québec) G1K 8X9

Service à la clientèle

Téléphone : 418 644-4200

ou

Sans frais : 1 800 463-4856