

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

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

N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
003412	1142	

1 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM DU GROUPE FNEEQ – CSN		NOM DE L'EMPLOYEUR Université Laval		N° D'EMPLOYÉ
NOM	PRÉNOM	SEXE <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	TRAVAIL À TEMPS <input type="checkbox"/> COMPLET <input type="checkbox"/> PARTIEL : _____ (%)	
VILLE	CODE POSTAL	ÉTAT CIVIL : <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> MARIÉ OU UNI CIVILEMENT* <input type="checkbox"/> VEUF* <input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT* <input type="checkbox"/> DIVORCÉ* <input type="checkbox"/> SÉPARÉ* * DEPUIS LE _____ A M J		
FONCTION ACTUELLE Chargé d'enseignement	DATE D'EMPLOI A M J	DATE D'ADMISSIBILITÉ A M J	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	ADHÉSION	MODIFICATION(S)	
		J'AJOUTE	J'ENLÈVE
Module B	Module B	Module B	Module B
- ASSURANCE MALADIE			
Plan de protection – Individuel <input type="checkbox"/> Exemption ¹ – Monoparental (sans conjoint) – 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
- ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Pour être exempté de la garantie d'assurance maladie, 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.
- Cette garantie est d'abord optionnelle et devient obligatoire après 3 ans d'admissibilité. Elle est toutefois obligatoire pour toutes les personnes déjà protégées par cette garantie immédiatement avant le 6 janvier 2014, date d'entrée en vigueur du nouveau régime.

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 L'ASSURANCE MALADIE

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	Nom	Sexe	Date de naissance A M J	Étudiant à temps plein	Nom de l'établissement scolaire	Début de session scolaire A M J	Fin de session scolaire A M J	Déficience fonctionnelle**
À REMPLIR POUR UN ENFANT À CHARGE ÂGÉ ENTRE 21 ET 25 ANS								
Conjoint :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/>
Enfant(s) :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

** Veuillez remplir le formulaire « Statut d'enfant à charge atteint d'invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle » et le joindre au présent formulaire.

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

J'autorise La Capitale assureur de l'administration publique inc. (La Capitale) à déposer mes prestations d'assurance maladie dans mon compte bancaire. Veuillez compléter les informations bancaires ci-après, aucun spécimen de chèque n'est requis.

_____	_____	_____	_____
N° de succursale	N° d'institution	N° compte	Chiffre vérificateur

6- 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

7 - 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