

**La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.**

 625, rue Saint-Amable, 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
004500		

<b>1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT</b>		
NOM DU GROUPE <b>F.M.R.Q.</b>	NOM DE L'EMPLOYEUR	N° D'EMPLOYÉ
NOM	PRÉNOM	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ADRESSE N° RUE	APP.	DATE DE NAISSANCE A M J
VILLE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE ( )
ÉTAT CIVIL <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*		TÉLÉPHONE TRAVAIL ( )
		TRAVAIL À TEMPS <input type="checkbox"/> COMPLET <input type="checkbox"/> PARTIEL: _____ (%) OU _____ (NBH/SEM)
FONCTION ACTUELLE	SALAIRE ANNUEL	DATE D'EMPLOI A M J
		DATE D'ADMISSIBILITÉ A M J
		STATUT D'EMPLOI <input type="checkbox"/> PERMANENT <input type="checkbox"/> AUTRE (SPÉCIFIEZ): _____

<b>2- GARANTIE(S)</b>	<b>ADHÉSION</b>			<b>MODIFICATIONS<sup>1</sup></b>					
				<b>J'AJOUTE</b>			<b>J'ENLÈVE</b>		
<b>- ASSURANCE MALADIE</b>	<b>Régime de base</b>	<b>Régime intermédiaire</b>	<b>Régime supérieur</b>	<b>Régime de base</b>	<b>Régime intermédiaire</b>	<b>Régime supérieur</b>	<b>Régime de base</b>	<b>Régime intermédiaire</b>	<b>Régime supérieur</b>
<input type="checkbox"/> EXEMPTION* PROTECTION INDIVIDUELLE	<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"/>
PROTECTION FAMILIALE	<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"/>
1. Un changement de régime est possible le 1 <sup>er</sup> juillet de l'année au cours de laquelle vous atteignez le niveau R3 ou lors d'un des événements de vie prévus au contrat, à la condition de présenter la demande dans les 60 jours suivant l'événement.									

<b>- ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>- ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE</b> (OBLIGATOIRE SI PROTECTION FAMILIALE RETENUE)	<input type="checkbox"/>
<b>- ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE</b>	<input checked="" type="checkbox"/>

\* POUR ÊTRE EXEMPTÉ DE LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE, L'EMPLOYÉ DOIT FOURNIR À L'EMPLOYEUR UNE COPIE DU CERTIFICAT D'ASSURANCE LE PROTÉGEANT COMME PERSONNE À CHARGE POUR UNE COUVERTURE SIMILAIRE.

<b>3- MODIFICATIONS</b>	DATE D'EFFET DE L'ÉVÉNEMENT A M J
RAISON(S) CONGÉ SANS SOLDE, CONGÉ PARENTAL, MATERNITÉ, MISE À PIED TEMPORAIRE, NAISSANCE, MARIAGE, INVALIDITÉ, ETC.	DATE PRÉVUE DU RETOUR (S'IL Y A LIEU) A M J

<b>4- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE</b>			
Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance A M J
Conjoint: _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Enfant(s): _____
Enfant(s): _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____

<b>5- NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE (POUR LES GARANTIES D'ASSURANCE VIE)</b>	<b>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.</b>
DÉSIGNATION: _____	COCHEZ VOTRE CHOIX <input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE
LIEN AVEC L'ADHÉRENT: _____	

<b>6- DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT</b>
« 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 LaCapitale 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 AU VERSO)

<b>7- SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR</b>
( ) - Téléphone Date

## **A V I S**

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 Saint-Amable*

*Case postale 1500*

*Québec (Québec) G1K 8X9*

*Service à la clientèle*

*Téléphone : 418 644-4200*

*ou*

*Sans frais : 1 800 463-4856*