

N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
004500		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM DU GROUPE	F.M.R.Q.	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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE
VILLE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE TRAVAIL	

ADRESSE COURRIEL¹ _____ Note 1: En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à ma police d'assurance.

ÉTAT CIVIL <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE ou <input type="checkbox"/> MARIÉ ² <input type="checkbox"/> VEUF ² <input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT ² <input type="checkbox"/> DIVORCÉ ² <input type="checkbox"/> SÉPARÉ ² <input type="checkbox"/> UNION CIVILE ²	TRAVAIL À TEMPS <input type="checkbox"/> COMPLET <input type="checkbox"/> PARTIEL: _____ (%) OU _____ (NBH/SEM)			
NOTE 2: DEPUIS LE _____ A _____ M _____ J				
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): _____

2- GARANTIE(S)

	ADHÉSION			MODIFICATIONS ³					
	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime supérieur	J'AJOUTE			J'ENLÈVE		
	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime supérieur	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime supérieur	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime supérieur
<input type="checkbox"/> EXEMPTION ⁴ 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"/>

Note 3: Un changement de régime est possible le 1^{er} 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.

- ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

- ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE (OBLIGATOIRE SI PROTECTION FAMILIALE RETENUE)

- ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Note 4: 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.

3- MODIFICATIONS

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

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	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance
		A M J	A M J			A M J	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)

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 TUTEUR DEVRA ÊTRE OBTENU.

COCHEZ VOTRE CHOIX
 RÉVOCABLE
 IRRÉVOCABLE

6- DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

«J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les cotisations requises, La Capitale assureur de l'administration publique 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 AU VERSO)

7- SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

Signature _____ Téléphone _____ Date _____