

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
NOM	PRÉNOM	SEXÉ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ADRESSE N° RUE	APP.	CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A
VILLE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE TRAVAIL ()
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*		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): _____

2- GARANTIE(S)	ADHÉSION			MODIFICATIONS¹					
				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* 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 ^{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	<input checked="" type="checkbox"/>
- ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE (OBLIGATOIRE SI PROTECTION FAMILIALE RETENUE)	<input type="checkbox"/>
- ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	<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.

3- MODIFICATIONS	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

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:	COCHEZ VOTRE CHOIX <input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE
LIEN AVEC L'ADHÉRENT:	

6- DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

« J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les cotisations requises, LaCapitale 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 LaCapitale 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 LaCapitale 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

Téléphone

Date

A V I S

La Capitale assureur de l'administration publique inc. (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 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 assureur de l'administration publique 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*