

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

N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
005492		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT		NOM DE L'EMPLOYEUR		N° D'EMPLOYÉ	
NOM DU GROUPE Les avocats et notaires de l'État québécois					
NOM		PRÉNOM		SEXES <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*		*DEPUIS LE A M J		TRAVAIL À TEMPS <input type="checkbox"/> COMPLET <input type="checkbox"/> PARTIEL	
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"/> TEMPORAIRE	

2- RÉGIMES	ADHÉSION				MODIFICATIONS											
	<input type="checkbox"/> BASE	<input type="checkbox"/> INTERMÉDIAIRE	<input type="checkbox"/> ENRICH		J'AJOUTE				J'ENLÈVE							
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (obligatoire) (si demande d'exemption, joindre copie de la preuve) (même protection pour les soins dentaires et les soins oculaires si inclus au régime)					Ind.	Mono.	Fam.	Exemp.	Ind.	Mono.	Fam.	Exemp.	Ind.	Mono.	Fam.	Exemp.
RÉGIME D'ASSURANCE VIE :					<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"/>
- VIE + M.A.M. DE L'ADHÉRENT (obligatoire)					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
- VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT (facultatif) * de 0,5 à 6 x salaire annuel <input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non fumeur					_____ x salaire				_____ x salaire				_____ x salaire			
- VIE DE BASE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE (facultatif) (si protection monoparentale ou familiale choisie en maladie)					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
- VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT (facultatif)* 1 à 20 tranche(s) de 10 000 \$ <input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non fumeur					_____ x 10 000 \$				_____ x 10 000 \$				_____ x 10 000 \$			
- VIE ADDITIONNELLE DES ENFANTS À CHARGE (facultatif)* 1 à 5 tranche(s) de 10 000 \$ par enfant					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Prénom: _____					_____ x 10 000 \$				_____ x 10 000 \$				_____ x 10 000 \$			
Prénom: _____					_____ x 10 000 \$				_____ x 10 000 \$				_____ x 10 000 \$			
Prénom: _____					_____ x 10 000 \$				_____ x 10 000 \$				_____ x 10 000 \$			
Prénom: _____					_____ x 10 000 \$				_____ x 10 000 \$				_____ x 10 000 \$			
RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (obligatoire)					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			

* Cette garantie est sujette à l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur. Veuillez remplir le formulaire « Déclaration d'assurabilité » P007

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.	
JE DÉSIRE :	DATE PRÉVUE DU RETOUR (S'IL Y A LIEU) A M J
A) <input type="checkbox"/> MODIFIER LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE (PARTIE 2)	
B) <input type="checkbox"/> CONSERVER TOUTES LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE	
C) <input type="checkbox"/> ANNULER TOUTES LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE SAUF CELLE INCLUANT L'ASSURANCE MÉDICAMENTS (PARTIE 2)	

4- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE			
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	_____
		<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- EMPLOYEUR	N° DU MINISTÈRE OU ORGANISME	CENTRE D'OPÉR.	CENTRE DE RESP.	CENTRE DE DIST. PAIE
	_____	_____	_____	_____
SYSTÈME DE PAIE SAGIP :	<input type="checkbox"/> STANDARD	<input type="checkbox"/> VARIABLE	<input type="checkbox"/> AUTRE SYSTÈME DE PAIE	
REMARQUES :	_____			

7- 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 assureur, 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 tout 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)

8- 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*