

**La Capitale assurances et gestion du patrimoine 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
006925	6009	

<b>1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT</b>		NOM DE L'EMPLOYEUR	LE DIRECTEUR DES POURSUITES CRIMINELLES ET PÉNALES	N° D'EMPLOYÉ
NOM DU GROUPE	ASSOCIATION DES PROCUREURS AUX POURSUITES CRIMINELLES ET PÉNALES			
NOM	PRÉNOM		SEXES <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 ( )
ÉTAT CIVIL <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <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

<b>2- GARANTIE(S) ET STATUT</b>	<b>ADHÉSION</b>				<b>MODIFICATIONS</b>			
	Ind.	Mono.	Fam.	Exemp.	<b>J'AJOUTE</b>		<b>J'ENLÈVE</b>	
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (obligatoire) <i>(Si le statut exempté est choisi, veuillez joindre une copie de la preuve d'assurance)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME D'ASSURANCE VIE : - VIE + M.A.M. DE L'ADHÉRENT (obligatoire) - VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT (facultatif)* 1 à 20 tranche(s) de 1/2 fois le traitement annuel <input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non-fumeur			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- VIE DE BASE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE (obligatoire) <i>(si le statut de protection familial, monoparental ou exempté est choisi en assurance maladie)</i>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<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			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prénom : _____			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prénom : _____			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prénom : _____			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (obligatoire)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<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.

<b>3- MODIFICATION(S)</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.	
JE DÉSIRE : 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)	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
Conjoint : _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J
Enfant(s) : _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J

<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 REPRÉSENTANT LÉGAL DEVRA ÊTRE OBTENU.</b>
DÉSIGNATION : _____	COCHEZ VOTRE CHOIX <input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE
LIEN AVEC L'ADHÉRENT : _____	

<b>6- EMPLOYEUR</b>	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 :	_____			

<b>7- 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 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 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)

<b>8- SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR</b>
( ) - Téléphone - Date

## **AVIS**

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 Jacques-Parizeau*

*Case postale 1500*

*Québec (Québec) G1K 8X9*

*Service à la clientèle*

*Téléphone : 418 644-4200*

*ou*

*Sans frais : 1 800 463-4856*