

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

- ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE
(REPLIR LES PARTIES 1-2-4-5-6-7)
- MODIFICATION(S) DE L'ASSURANCE COLLECTIVE
(REPLIR LES PARTIES 1-2-3-4-6-7 ET 5 S'IL Y A LIEU)
- TRANSMIS PAR LE PORTAIL

N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
006925	6009	

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT			
NOM DU GROUPE	ASSOCIATION DES PROCUREURS AUX POURSUITES CRIMINELLES ET PÉNALES	NOM DE L'EMPLOYEUR	LE DIRECTEUR DES POURSUITES CRIMINELLES ET PÉNALES
NOM	PRÉNOM	SEXES	DATE DE NAISSANCE
ADRESSE		CORRESPONDANCE	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE ()
VILLE		CODE POSTAL	TÉLÉPHONE TRAVAIL ()
ÉTAT CIVIL			TRAVAIL À TEMPS
<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*			<input type="checkbox"/> COMPLET <input type="checkbox"/> PARTIEL
FONCTION ACTUELLE		SALAIRE ANNUEL	STATUT D'EMPLOI
DATE D'EMPLOI		DATE D'ADMISSIBILITÉ	<input type="checkbox"/> PERMANENT <input type="checkbox"/> TEMPORAIRE

2- GARANTIE(S) ET STATUT	ADHÉSION				MODIFICATIONS			
	Ind.	Mono.	Fam.	Exemp.	J'AJOUTE		J'ENLÈVE	
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)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT (facultatif)*		1 à 20 tranche(s) de 1/2 fois le traitement annuel				_____ tranche(s)		_____ tranche(s)
		<input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non-fumeur						
- 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"/>
- VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT (facultatif)*		1 à 20 tranche(s) de 10 000 \$				_____ x 10 000 \$		_____ x 10 000 \$
		<input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non-fumeur						
- VIE ADDITIONNELLE DES ENFANTS À CHARGE (facultatif)*		1 à 5 tranche(s) de 10 000 \$ par enfant				_____ x 10 000 \$		_____ x 10 000 \$
		Prénom: _____				_____ x 10 000 \$		_____ x 10 000 \$
		Prénom: _____				_____ x 10 000 \$		_____ x 10 000 \$
		Prénom: _____				_____ 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- MODIFICATION(S)	DATE D'EFFET DE L'ÉVÉNEMENT
RAISON(S)	A M J
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) <input type="checkbox"/> MODIFIER LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE (PARTIE 2)	A M J
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
Conjoint :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J
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 REPRÉSENTANT LÉGAL DEVRA ÊTRE OBTENU.
DÉSIGNATION :	COCHEZ VOTRE CHOIX
LIEN AVEC L'ADHÉRENT :	<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE
	<input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE

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, 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 tout 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 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

8- SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR
Signature
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*