

N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
008000		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM DU GROUPE FONCTIONNAIRES NON SYNDIQUÉS		NOM DU MINISTÈRE OU ORGANISME	
NOM		PRÉNOM	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ADRESSE N° RUE		APP.	DATE DE NAISSANCE A M J
VILLE		CODE POSTAL	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE
ADRESSE COURRIEL ¹		TÉLÉPHONE TRAVAIL	
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		STATUT D'EMPLOI	
NOTE 2 : DEPUIS LE A M J		TEMPORAIRE _____ %	
SALAIRE ANNUEL		DATE D'EMPLOI A M J	PERMANENT _____ %
SALAIRE À L'HEURE	DATE D'ADMISSIBILITÉ A M J	SAISONNIER _____ %	
		OCCASIONNEL _____ %	

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

2- RÉGIMES

RÉGIMES	ADHÉSION			MODIFICATIONS		
	IND.	MONO.	FAM.	J'AJOUTE		J'ENLÈVE
	IND.	MONO.	FAM.	IND.	MONO.	FAM.
RÉGIMÉ D'ASSURANCE MALADIE						
- SANTÉ 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- SANTÉ 2 (Maintien obligatoire d'une durée de 24 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- SANTÉ 3 (Maintien obligatoire d'une durée de 36 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- EXEMPTION (joindre copie de la preuve) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE:						
- VIE + M.A.M. DE L'ADHÉRENT			1 X SALAIRE ANNUEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT			1,2 ou 3 X SALAIRE ANNUEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- M.A.M. ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT			1,2 ou 3 X SALAIRE ANNUEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- VIE DU CONJOINT			1 À 5 X 10000\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- VIE DES ENFANTS À CHARGE				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- C4 DROITS ACQUIS EN VERTU DES RÉGIMES ANTÉRIEURS AU 1989-01-12			VIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			M.A.M.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE D'ASSURANCE TRAITEMENT				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME ENRICHÉ FACULTATIF D'ASSURANCE TRAITEMENT				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N.B.: Joindre déclaration d'assurabilité s'il y a lieu.

3- MODIFICATIONS	4- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE
RAISON(S) _____ <small>CONGÉ SANS SOLDE, MATERNITÉ, MISE À PIED TEMPORAIRE, NAISSANCE, MARIAGE, COHABITATION, ETC.</small>	Prénom Nom Sexe Date de naissance ANNÉE MOIS JOUR
Date effective _____ Date prévue du retour (S'il y a lieu) _____	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 _____
	_____ <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: _____

LIEN AVEC L'ADHÉRENT: _____

COCHEZ VOTRE CHOIX
 RÉVOCABLE IRRÉVOCABLE

6- EMPLOYEUR

N° DU MINISTÈRE OU ORGANISME	CENTRE D'OPÉR.	CENTRE DE RESP.	CENTRE DE DIST. PAIE
_____	_____	_____	_____

SYSTÈME DE PAIE SAGIP: STANDARD AUTRE SYSTÈME DE PAIE
 VARIABLE

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 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)

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*