

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
009995		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE

NOM DU GROUPE FÉDÉRATION AUTONOME DE L'ENSEIGNEMENT (enseignants)		NOM DE L'EMPLOYEUR		N° D'EMPLOYÉ OU MATRICULE	
NOM		PRÉNOM		SEXE <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					STATUT D'ENGAGEMENT <input type="checkbox"/> TEMPS PLEIN
DATE D'EMPLOI A M J		DATE D'ADMISSIBILITÉ A M J		SALAIRE ANNUEL _____ \$ (comme si 100 % du temps plein) <input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL : _____ (% du temps plein)	

2- RÉGIMES

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)	ADHÉSION		MODIFICATION(S)	
			J'AJOUTE	J'ENLÈVE
Vous devez choisir un seul de ces régimes MALADIE 1 MALADIE 2 (durée minimale de participation: 12 mois) MALADIE 3 (durée minimale de participation: 24 mois) <input type="checkbox"/> INDIVIDUEL <input type="checkbox"/> MONOPARENTAL (sans conjoint) <input type="checkbox"/> FAMILIAL <input type="checkbox"/> EXEMPTÉ ¹	<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"/>
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 2 - ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (participation obligatoire) ² - ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE (si prévue au contrat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 3 - ASSURANCE VIE (participation facultative) - Assurance vie de la personne adhérente ³ 10 000 \$, 25 000 \$, 50 000 \$, 75 000 \$, 100 000 \$, 125 000 \$ 150 000 \$, 175 000 \$, 200 000 \$, 225 000 \$ ou 250 000 \$ <input type="checkbox"/> J'exerce mon droit de retrait à l'adhésion pour le premier 10 000 \$ d'assurance vie obligatoire de la personne adhérente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Assurance vie des personnes à charge - Assurance vie additionnelle de la personne conjointe: 1 à 10 tranche(s) de 10 000 \$ ⁴ <input type="checkbox"/> FUMEUR <input type="checkbox"/> NON-FUMEUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTES:

- Pour être exemptée du régime d'assurance maladie, la personne adhérente doit fournir à l'employeur la preuve qu'elle est assurée en vertu d'un régime collectif d'assurance comportant des protections similaires.
- Pour être exemptée du régime d'assurance salaire de longue durée, la personne adhérente doit remplir le formulaire « Droit de renonciation au régime d'assurance salaire de longue durée » et répondre aux conditions qui y sont énumérées.
- Le premier 10 000 \$ est un montant accordé automatiquement sans preuves d'assurabilité, et les montants de 25 000 \$ et 50 000 \$ sont aussi disponibles sans preuves d'assurabilité durant les 30 premiers jours suivant la date d'admissibilité. Par la suite, ainsi que pour tous les autres montants de protection, des preuves d'assurabilité sont requises. Veuillez remplir le formulaire P007 « Déclaration d'assurabilité ».
- Veuillez remplir le formulaire P007 « Déclaration d'assurabilité ».

3- MODIFICATION(S)

RAISON(S) DE LA MODIFICATION _____ CONGÉ SANS SOLDE, CONGÉ PARENTAL, MATERNITÉ, MISE À PIED TEMPORAIRE, NAISSANCE, MARIAGE, ETC.	DATE D'EFFET DE L'ÉVÉNEMENT A M J
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

4- IDENTIFICATION DES 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 REPRÉSENTANT LÉGAL DEVRA ÊTRE OBTENU.

DÉSIGNATION: _____

LIEN AVEC LA PERSONNE ADHÉRENTE: _____

COCHEZ VOTRE CHOIX
 RÉVOCABLE
 IRRÉVOCABLE

6- DÉCLARATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

J'accepte par les présentes, les dispositions de la police et je consens à ce que les primes nécessaires soient prélevées sur mon salaire, le cas échéant. J'accepte que mon numéro d'assurance sociale serve aux fins d'administration pour La Capitale assureur de l'administration publique inc. (ci-après appelée « La Capitale »).

J'autorise mon employeur, le preneur du contrat, La Capitale ou ses réassureurs ainsi que les représentants et mandataires à fournir, à recevoir et à échanger entre eux tous renseignements personnels relatifs à mon admissibilité, à mon assurabilité et à mes demandes de prestations en vertu du régime et à celles de mes personnes à charge, le cas échéant. 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 si elle est utilisée aux fins d'échange de renseignements.

Signature de la personne adhérente ou, si mineure, de son représentant légal _____ Téléphone _____ Date _____

(VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DE L'AVIS AU VERSO)

7- SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

Signature _____ 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