

- ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE**
 MODIFICATION(S) DE L'ASSURANCE COLLECTIVE
 TRANSMIS PAR LE PORTAIL

N° de groupe	N° d'employeur	Classe	N° d'identification
--------------	----------------	--------	---------------------

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom du groupe		Nom de l'employeur		N° d'employé
Nom			Prénom	
Langue de correspondance <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais		N°, rue, app.		Ville
Province	Code postal	Téléphone (résidence)	Téléphone (travail)	Poste
Date de naissance	Date d'emploi	Date d'admissibilité	Statut d'emploi <input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> autre (spécifier) : _____	
Année	Mois	Jour	Année	Mois
Année	Mois	Jour	Année	Mois
État civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié ou uni civilement ¹ <input type="checkbox"/> conjoint de fait ¹ <input type="checkbox"/> veuf ¹ <input type="checkbox"/> divorcé ¹ <input type="checkbox"/> séparé ¹		Note 1 : Depuis le		
		Année	Mois	Jour
Fonction actuelle		Salaire annuel		Travail à temps <input type="checkbox"/> complet <input type="checkbox"/> partiel : _____ %

2. GARANTIES (Veuillez vérifier les garanties et les protections prévues au contrat)

- ASSURANCE MALADIE (peut inclure les soins oculaires)**
 Protection : individuelle monoparentale couple familiale exemptée²
- ASSURANCE SOINS DENTAIRES**
 Protection : individuelle monoparentale couple familiale exemptée²
- Note 2 : IMPORTANT : Pour être exempté des garanties d'assurance maladie et/ou soins dentaires, l'adhérent doit fournir à l'employeur, la preuve qu'il est assuré en vertu d'un régime collectif d'assurance comportant une protection similaire.
- ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT (peut inclure la M.A.M.)**
- ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE**
- ASSURANCE VIE FACULTATIVE³**
 Adhérent – Montant : _____ \$ Conjoint – Montant : _____ \$ Enfant(s) à charge – Montant : _____ \$
- Note 3 : Ces protections sont sujettes à l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur. Veuillez remplir le formulaire « Déclaration d'assurabilité » disponible sur le site Internet de La Capitale à l'adresse lacapitale.com/formulaires et sur l'Espace client, section « Assurance collective ».
- ASSURANCE MALADIES REDOUTÉES** : Adhérent Conjoint Enfant(s) à charge
- ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE**
- ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE**
 Étiez-vous couvert par un régime d'assurance invalidité chez votre employeur précédent ? Oui Non
 Si oui, nom de l'assureur : _____ Depuis quelle date ?

SERVICE DE REMBOURSEMENT PAR DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ
 Pour bénéficier de ce service, vous devez vous inscrire sur l'Espace client à l'adresse www.lacapitale.com

3. RAISON(S) DE LA (DES) MODIFICATION(S)

Congé sans solde, congé parental, maternité, mise à pied temporaire, naissance, mariage, etc.

Date d'effet de l'événement : _____ Date prévue du retour (s'il y a lieu) : _____

- Je modifie les garanties de mon assurance collective (cocher à nouveau toutes les garanties désirées à la section 2)
 Je conserve toutes les garanties de mon assurance collective
 J'annule toutes les garanties de mon assurance collective, sauf la garantie d'assurance maladie (incluant l'assurance médicaments)

4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe M F	Date de naissance (AA/MM/JJ)	Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle ⁵	À remplir dans le cas d'un enfant à charge de plus de 17 ou 20 ans, étudiant à temps plein ⁴	
					Début de session scolaire (AA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AA/MM/JJ)
Conjoint		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Enfant(s)		<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"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _

Note 4: Veuillez vérifier l'âge admissible selon votre contrat. La Capitale se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

Note 5: Veuillez remplir le formulaire « Statut d'enfant à charge atteint d'invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle » disponible sur le site Internet de La Capitale à l'adresse lacapitale.com/formulaires et sur l'Espace client, section « Assurance collective » et le joindre au présent formulaire.

5. DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE (pour les garanties d'assurance vie)

<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Prénom et nom	Lien avec l'adhérent
--	---------------	----------------------

MISE EN GARDE – PROVINCE DE QUÉBEC: la désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est considérée irrévocable à moins de stipulation contraire de l'adhérent. Une désignation irrévocable peut être modifiée seulement si le bénéficiaire a atteint l'âge de la majorité et qu'il signe une renonciation à ses droits de bénéficiaire. **AUTRES PROVINCES QUE LE QUÉBEC:** une désignation de bénéficiaire est considérée révocable à moins de stipulation contraire de l'adhérent. Une désignation irrévocable peut être modifiée seulement si le bénéficiaire a atteint l'âge de la majorité et s'il consent par écrit à ce changement.

6. DÉSIGNATION DU FIDUCIAIRE POUR UN BÉNÉFICIAIRE MINEUR (ne s'applique pas à la province de Québec)

Si vous désignez un bénéficiaire n'ayant pas atteint l'âge de la majorité, vous devez nommer un fiduciaire.

Prénom et nom			
N°, rue, app.	Ville	Province	Code postal _ _ _ _ _ _ _

7. AUTORISATION DE L'ADHÉRENT

« **J'autorise** mon employeur à déduire de mon salaire les cotisations requises ainsi que 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, 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 prestataires de service tous les renseignements nécessaires au traitement de mon dossier. La présente autorisation est également valide, advenant mon décès, à l'égard de toute personne ou organisation détenant des renseignements requis par La Capitale ou ses prestataires de service et 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. »

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.

X _____ Date: |_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|
Signature de l'adhérent ou, si mineur, de son représentant légal Année Mois Jour Téléphone

8. SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

X _____ Date: |_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|
Année Mois Jour Téléphone Poste

9. AVIS

La Capitale désire vous aviser que les renseignements recueillis seront versés à votre dossier dont l'objet est « Assurance collective ». Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés ou prestataires de service 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. Le dossier sera conservé à l'adresse ci-dessous.

Si vous désirez accéder à votre dossier ou demander la rectification d'un renseignement inexact ou incomplet, veuillez transmettre par écrit une demande à l'attention du responsable de l'accès à l'information, Direction de l'administration.

Dans le but de rendre service à sa clientèle, il se peut que La Capitale groupe financier inc., ses filiales et représentants autorisés utilisent vos renseignements nominatifs (nom, adresse, numéro de téléphone et adresse courriel) pour vous informer des produits et services susceptibles de vous intéresser. Si toutefois vous ne désirez pas recevoir ce type d'information, écrivez-nous à l'adresse ci-dessous.

Pour joindre le service à la clientèle: Téléphone: 418 644-4200
Sans frais: 1 800 463-4856
Courriel: adm.collectif@lacapitale.com

La Capitale assureur de l'administration publique inc.
625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9
lacapitale.com