

- 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 de l'employeur		N° d'employé	
Nom		Prénom	
Date de naissance		Date de naissance	
Année		Mois	
Jour		Jour	
Sexe	Langue : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais	N°, rue, app.	Ville
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Province	Code postal	Téléphone principal	Poste
Téléphone autre		Poste	
Adresse courriel <sup>1</sup>		Note 1 : En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à ma police d'assurance.	
Date d'emploi		Date d'admissibilité	
Année		Année	
Mois		Mois	
Jour		Jour	
Statut d'emploi		Statut d'emploi	
<input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> autre (spécifier) : _____			
État civil		Note 2 : Depuis le	
<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié ou uni civilement <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> conjoint de fait <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> veuf <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> divorcé <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> séparé <sup>2</sup>		Année	
		Mois	
		Jour	
Fonction actuelle		Salaire annuel	
Travail à temps		Travail à temps	
<input type="checkbox"/> complet <input type="checkbox"/> partiel : _____ %			

## 2. GARANTIES (À noter que toutes les garanties obligatoires prévues au contrat vous seront accordées d'office)

- ASSURANCE MALADIE (peut inclure les soins oculaires)**  
 Protection :  individuelle  monoparentale  couple  familiale  exemptée<sup>3</sup>
- ASSURANCE SOINS DENTAIRES**  
 Protection :  individuelle  monoparentale  couple  familiale  exemptée<sup>3</sup>  
 Note 3 : 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 l'assurance mort ou mutilation accidentelle)**
- ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE<sup>4</sup>**  
 Note 4 : Lorsque prévue au contrat, cette garantie est obligatoire si le statut de protection est autre qu'individuel en assurance maladie.
- ASSURANCE VIE FACULTATIVE<sup>5</sup>**  
 Adhérent – Montant : \_\_\_\_\_ \$  Conjoint – Montant : \_\_\_\_\_ \$  Enfant(s) à charge – Montant : \_\_\_\_\_ \$  
 Note 5 : 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**
- SERVICE DE REMBOURSEMENT PAR DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ**  
 J'autorise La Capitale à déposer mes prestations d'assurance maladie et/ou soins dentaires dans mon compte bancaire. (Veuillez compléter les informations bancaires ci-après, aucun spécimen de chèque n'est requis).

2 4 3	1 0 0 0 0 5	1 2 3 1	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 6
N° de succursale	N° de l'institution	N° du compte		

N° de succursale	N° de l'institution	N° du compte
------------------	---------------------	--------------

## 3. RAISON(S) DE LA (DES) MODIFICATION(S) (Veuillez vérifier les garanties et les protections prévues au contrat)

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

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

- 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)

