

- 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			
Année		Mois Jour	
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Langue : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais	N°, rue, app.	Ville
Province	Code postal	Téléphone principal	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	Statut d'emploi	
Année	Mois Jour	<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	
Fonction actuelle		Salaire annuel	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 : Cette garantie est obligatoire uniquement s'il y a des personnes à charge assurées au contrat.
- 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).

243	100005	1231	12345	123456
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)

## 4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe		Date de naissance (AA/MM/JJ)	Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle <sup>6</sup>	À remplir dans le cas d'un enfant à charge de plus de 17 ou 20 ans, étudiant à temps plein <sup>7</sup>	
		M	F			Début de session scolaire (AA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AA/MM/JJ)
Conjoint		<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 6: Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.

Note 7: Veuillez vérifier l'âge admissible selon votre contrat. La Capitale se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

## 5. RETRAIT DE PERSONNES À CHARGE

Veuillez remplir la section 2 si vous désirez modifier votre protection et nous indiquer la raison de cette modification à la section 3.

Prénom et nom	Prénom et nom
---------------	---------------

## 6. DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRES (pour les garanties d'assurance vie)

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

**MISE EN GARDE:** Si des pourcentages sont indiqués, ceux-ci doivent totaliser 100 %. Si aucun pourcentage n'est précisé, la prestation d'assurance vie sera partagée en parts égales entre les bénéficiaires désignés. **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.

## 7. 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

## 8. 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

## 9. SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

X \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour Téléphone Poste

## 10. 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