

- 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 ¹		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 <input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> autre (spécifier) : _____	
Année Mois Jour		Année Mois Jour	
État civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié ou uni civilement ² <input type="checkbox"/> conjoint de fait ² <input type="checkbox"/> veuf ² <input type="checkbox"/> divorcé ² <input type="checkbox"/> séparé ²		Note 2 : Depuis le	
		Année Mois Jour	
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 exemptée³
- ASSURANCE SOINS DENTAIRES**
Protection : individuelle monoparentale couple familiale exemptée³
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 CHARGE⁴**
Note 4 : Lorsque prévue au contrat, cette garantie est obligatoire si le statut de protection est autre qu'individuel en assurance maladie.
- ASSURANCE VIE FACULTATIVE⁵**
 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)

