

La Capitale assurances et gestion du patrimoine 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	CLASSE	N° D'IDENTIFICATION

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT		NOM DE L'EMPLOYEUR		N° D'EMPLOYÉ	
NOM DU GROUPE		NOM		DATE DE NAISSANCE	
NOM		PRÉNOM		SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
ADRESSE N° RUE		APP.		CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A	
VILLE		CODE POSTAL		TÉLÉPHONE TRAVAIL	
ÉTAT CIVIL <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE ou <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		TRAVAIL À TEMPS <input type="checkbox"/> COMPLET <input type="checkbox"/> PARTIEL : _____ (%)	
FONCTION ACTUELLE		SALAIRE ANNUEL		DATE D'EMPLOI	
				DATE D'ADMISSIBILITÉ	
				STATUT D'EMPLOI <input type="checkbox"/> PERMANENT <input type="checkbox"/> AUTRE (SPÉCIFIEZ) : _____	

2- GARANTIE(S)		<p>* IMPORTANT :</p> <p>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.</p>					
- ASSURANCE MALADIE (INCLUT LES SOINS OCULAIRES, SI PRÉVUS AU CONTRAT)							
PROTECTION INDIVIDUELLE <input type="checkbox"/>							
PROTECTION MONOPARENTALE (SI PRÉVUE AU CONTRAT) <input type="checkbox"/>							
PROTECTION COUPLE (SI PRÉVUE AU CONTRAT) <input type="checkbox"/>							
PROTECTION FAMILIALE <input type="checkbox"/>							
EXEMPTION* <input type="checkbox"/>							
- ASSURANCE SOINS DENTAIRES							
PROTECTION INDIVIDUELLE <input type="checkbox"/>							
PROTECTION MONOPARENTALE (SI PRÉVUE AU CONTRAT) <input type="checkbox"/>							
PROTECTION COUPLE (SI PRÉVUE AU CONTRAT) <input type="checkbox"/>							
PROTECTION FAMILIALE <input type="checkbox"/>							
EXEMPTION* <input type="checkbox"/>							
- ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT (INCLUT LA M.A.M., SI PRÉVUE AU CONTRAT) <input type="checkbox"/>							
- ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE <input type="checkbox"/>							
- ASSURANCE VIE FACULTATIVE †							
(SI PRÉVUE AU CONTRAT) <input type="checkbox"/> ADHÉRENT - MONTANT: _____ \$							
<input type="checkbox"/> CONJOINT - MONTANT: _____ \$							
<input type="checkbox"/> ENFANT(S) À CHARGE - MONTANT: _____ \$							
- ASSURANCE MALADIES REDOUTÉES							
(SI PRÉVUE AU CONTRAT) <input type="checkbox"/> ADHÉRENT							
<input type="checkbox"/> CONJOINT							
<input type="checkbox"/> ENFANT(S) À CHARGE							
- ASSURANCE INVALIDITÉ COURTE DURÉE <input type="checkbox"/>							
- ASSURANCE INVALIDITÉ LONGUE DURÉE <input type="checkbox"/>							
Étiez-vous couvert par un régime d'assurance invalidité chez votre employeur précédent? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui							
Nom de l'assureur: _____ Depuis quelle date? _____							
SERVICE DE REMBOURSEMENT PAR DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ <input type="checkbox"/>							
J'autorise La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. 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).							
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 60%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">N° de succursale</td> <td style="text-align: center;">N° d'institution</td> <td style="text-align: center;">N° de compte</td> </tr> </table>					N° de succursale	N° d'institution	N° de compte
N° de succursale	N° d'institution	N° de compte					

3- MODIFICATIONS		DATE D'EFFET DE L'ÉVÉNEMENT A M J	
RAISON(S) _____			
CONGÉ SANS SOLDE, CONGÉ PARENTAL, MATERNITÉ, MISE À PIED TEMPORAIRE, NAISSANCE, MARIAGE, INVALIDITÉ, ETC.			
JE DÉSIRE :		DATE PRÉVUE DU RETOUR (S'IL Y A LIEU) A M J	
A) <input type="checkbox"/> MODIFIER LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE - COCHEZ (✓) DE NOUVEAU TOUTES LES GARANTIES DÉSIRÉES (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			

4- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE									
Prénom		Nom		Sexe		Date de naissance		Étudiant	
				M F		A M J			
Conjoint: _____				<input type="checkbox"/>					
Enfant(s): _____				<input type="checkbox"/>					
				<input type="checkbox"/>					

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 TUTEUR DEVRA ÊTRE OBTENU.	
DÉSIGNATION : _____		COCHEZ VOTRE CHOIX	
LIEN AVEC L'ADHÉRENT : _____		<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE	
		<input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE	

6- DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT		
« J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les cotisations requises, La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (ci-après appelée 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, ainsi que 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 mandataires, tous les renseignements qu'elle détient, 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. 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.		
Signature de l'adhérent ou si mineur de son représentant légal		Date
Téléphone		
(VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DE L'AVIS AU VERSO)		

7- SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR		
		Date
Téléphone		

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