


La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

 625, rue Saint-Amable, 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	N° D'IDENTIFICATION
1008		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM DU GROUPE F.N.E.E.Q. (Collèges publics)		NOM DE L'EMPLOYEUR		N° D'EMPLOYÉ	
NOM		PRÉNOM		SEXÉ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
DATE DE NAISSANCE		A		M J	
ADRESSE N° RUE		APP.		CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A	
TÉLÉPHONE RÉSIDENCE ()		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*		TRAVAIL À TEMPS <input type="checkbox"/> COMPLET <input type="checkbox"/> PARTIEL : _____ (%)	
* DEPUIS LE		A M J		A M J	
FONCTION ACTUELLE		SALAIRE ANNUEL		DATE D'EMPLOI	
				DATE D'ADMISSIBILITÉ	
				STATUT D'EMPLOI <input type="checkbox"/> PERMANENT <input type="checkbox"/> CONTRACTUEL	

2- GARANTIES
GARANTIES OBLIGATOIRES

GARANTIES OBLIGATOIRES	ADHÉSION			MODIFICATION(S)		
	BASE (Module A)	RÉGULIÈRE (Module B)	ENRICHIE (Module C)	J'AJOUTE	J'ENLÈVE	
	BASE (Module A)	RÉGULIÈRE (Module B)	ENRICHIE (Module C)	BASE (Module A)	RÉGULIÈRE (Module B)	ENRICHIE (Module C)
- ASSURANCE MALADIE Le plan de protection choisi s'appliquera également à l'assurance soins dentaires s'il y a lieu. Plan de protection – Individuel <input type="checkbox"/> Exemption ¹ – Monoparental (sans conjoint) – Couple (sans enfant admissible) – Familial	<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"/>	<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"/>
Une période minimale de participation de 36 mois au niveau choisi doit être atteinte pour qu'une réduction soit permise.						
- ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GARANTIES OPTIONNELLES

GARANTIES OPTIONNELLES	BASE (Option 1)	ENRICHIE (Option 2)	BASE (Option 1)	ENRICHIE (Option 2)	BASE (Option 1)	ENRICHIE (Option 2)
	- ASSURANCE SOINS DENTAIRES La protection enrichie (Option 2) n'est disponible que si la protection enrichie (Module C) a été retenue en assurance maladie. Une période minimale de participation de 36 mois au niveau choisi doit être atteinte pour qu'une réduction soit permise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT (INCLUANT L'ASSURANCE MALADIES GRAVES DE 25 000 \$)³	<input type="checkbox"/> 1 X le salaire annuel (min. 35 000 \$) <input type="checkbox"/> 2 X le salaire annuel (min. 70 000 \$)	<input type="checkbox"/> 1 X le salaire annuel (min. 35 000 \$) <input type="checkbox"/> 2 X le salaire annuel (min. 70 000 \$)	<input type="checkbox"/> 1 X le salaire annuel (min. 35 000 \$) <input type="checkbox"/> 2 X le salaire annuel (min. 70 000 \$)	<input type="checkbox"/> 1 X le salaire annuel (min. 35 000 \$) <input type="checkbox"/> 2 X le salaire annuel (min. 70 000 \$)	<input type="checkbox"/> 1 X le salaire annuel (min. 35 000 \$) <input type="checkbox"/> 2 X le salaire annuel (min. 70 000 \$)	<input type="checkbox"/> 1 X le salaire annuel (min. 35 000 \$) <input type="checkbox"/> 2 X le salaire annuel (min. 70 000 \$)
- ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT³ La personne adhérente doit détenir une protection de 2 X le salaire annuel en assurance vie de base.	De 1 à 10 tranches de 25 000 \$ _____ X 25 000 \$	De 1 à 10 tranches de 25 000 \$ _____ X 25 000 \$	De 1 à 10 tranches de 25 000 \$ _____ X 25 000 \$	De 1 à 10 tranches de 25 000 \$ _____ X 25 000 \$	De 1 à 10 tranches de 25 000 \$ _____ X 25 000 \$	De 1 à 10 tranches de 25 000 \$ _____ X 25 000 \$
- ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT³ La protection d'assurance vie des personnes à charge doit être retenue pour adhérer.	De 1 à 10 tranches de 25 000 \$ _____ X 25 000 \$	De 1 à 10 tranches de 25 000 \$ _____ X 25 000 \$	De 1 à 10 tranches de 25 000 \$ _____ X 25 000 \$	De 1 à 10 tranches de 25 000 \$ _____ X 25 000 \$	De 1 à 10 tranches de 25 000 \$ _____ X 25 000 \$	De 1 à 10 tranches de 25 000 \$ _____ X 25 000 \$

- Pour être exemptée de la garantie d'assurance maladie, la personne adhérente doit fournir à l'employeur la preuve qu'elle est assurée en vertu d'un régime collectif d'assurance comportant une protection similaire.
- Cette garantie est obligatoire pour un employé permanent et d'abord optionnelle pour toute autre catégorie d'employés. Veuillez consulter la brochure explicative pour les modalités particulières s'appliquant aux autres catégories d'employés.
- Cette garantie est toujours sujette à l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur. Veuillez remplir un formulaire « Déclaration d'assurabilité » P007.

3- MODIFICATION(S)

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

4- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE

Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance
			A M J				A M J
Conjoint(e) :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Enfant(s) :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant(s) :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

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 : _____ LIEN AVEC L'ADHÉRENT : _____	COCHEZ VOTRE CHOIX <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	() -	Téléphone	Date
(VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DE L'AVIS AU VERSO)			

7- SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

() -	Téléphone	Date
-------	-----------	------

Copie blanche : assureur – Copie jaune : employé – Copie rose : employeur

A V I S

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, 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 Saint-Amable

Case postale 1500

Québec (Québec) G1K 8X9

Service à la clientèle

Téléphone : 418 644-4200

ou

Sans frais : 1 800 463-4856