La Capitale
assurances et gestion du patrimoine

11201

Édifice Le Delta II
2875, boul. Laurier, bureau 100
Case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9
Courrier électronique :

Téléphone : 418 644-4200
1 800 463-4856
Télécopieur : 418 646-1313

adm.collectif@lacapitale.com

☐ ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE
(REMPLIR LES PARTIES 1-2-4-5-6-7)

☐ MODIFICATIONS DE L'ASSURANCE COLLECTIVE
(REMPLIR LES PARTIES 1-2-3-4-6-7 ET 5 S'IL Y A LIEU)

N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
9995		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE

NOM DU GROUPE : FÉDÉRATION AUTONOME DE L'ENSEIGNEMENT (enseignants)

NOM DE L'EMPLOYEUR

N° D'EMPLOYÉ OU MATRICULE

NOM

PRÉNOM

SEXE ☐ M ☐ F

DATE DE NAISSANCE A M J

ADRESSE N° RUE APP.

CORRESPONDANCE ☐ F ☐ A

TÉLÉPHONE RÉSIDENCE ( )

VILLE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE TRAVAIL ( )

ÉTAT CIVIL
☐ CÉLIBATAIRE ☐ MARIÉ ☐ VEUF ☐ CONJOINT DE FAIT ☐ DIVORCÉ ☐ SÉPARÉ ☐ UNI CIVILEMENT
DEPUIS LE _____ A M J

STATUT D'ENGAGEMENT
☐ TEMPS PLEIN
☐ TEMPS PARTIEL : _____ (% du temps plein)

DATE D'EMPLOI A M J

DATE D'ADMISSIBILITÉ A M J

SALAIRE ANNUEL _____ $
(comme si 100 % du temps plein)

2- RÉGIMES

	ADHÉSION	MODIFICATIONS	
		J'AJOUTE	J'ENLÈVE
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)			
Vous devez choisir un seul de ces régimes — **MALADIE 1**	☐	☐	☐
MALADIE 2 (durée minimale de participation : **12 mois**)	☐	☐	☐
MALADIE 3 (durée minimale de participation : **24 mois**)	☐	☐	☐
INDIVIDUEL ☐			
MONOPARENTAL (sans conjoint) ☐			
FAMILIAL ☐			
EXEMPTÉ[1] ☐			
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 2 - ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (participation obligatoire)[2]	☐		☐
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 3 - ASSURANCE VIE (participation facultative)			
- ***Assurance vie de la personne adhérente***[3] 10 000 $, 25 000 $, 50 000 $, 75 000 $, 100 000 $, 125 000 $ 150 000 $, 175 000 $, 200 000 $, 225 000 $ ou 250 000 $	_____ $	_____ $	_____ $
- ***Assurance vie des personnes à charge***	☐	☐	☐
- ***Assurance vie additionnelle de la personne conjointe :*** 1 à 10 tranche(s) de 10 000 $[4]	_____ x 10 000 $	_____ x 10 000 $	_____ x 10 000 $

NOTES :

1. Pour être exemptée du régime 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 des protections similaires.
2. Pour être exemptée du régime d'assurance salaire de longue durée, la personne adhérente doit remplir le formulaire « Droit de renonciation au régime d'assurance salaire de longue durée » et répondre aux conditions qui y sont énumérées.
3. Les montants de 10 000 $, 25 000 $ et 50 000 $ sont disponibles sans preuves d'assurabilité durant les 30 premiers jours suivant la date d'admissibilité. Par la suite ainsi que pour tous les autres montants de protection, des preuves d'assurabilité sont requises. Veuillez remplir le formulaire P007 « Déclaration d'assurabilité ».
4. Veuillez remplir le formulaire P007 « Déclaration d'assurabilité ».

3- MODIFICATIONS

RAISON(S) _____
CONGÉ SANS SOLDE, CONGÉ PARENTAL, MATERNITÉ, MISE À PIED TEMPORAIRE, NAISSANCE, MARIAGE, ETC.

DATE EFFECTIVE DE L'ÉVÉNEMENT A M J

DATE PRÉVUE DU RETOUR (S'IL Y A LIEU) A M J

JE DÉSIRE :
A) ☐ MODIFIER LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE (PARTIE 2)
B) ☐ CONSERVER TOUTES LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE
C) ☐ ANNULER TOUTES LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE **SAUF** CELLE INCLUANT L'ASSURANCE MÉDICAMENTS (PARTIE 2)

4- IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance A M J		Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance A M J
Conjoint :			☐ M ☐ F		Enfant(s) :			☐ M ☐ F	
Enfant(s) :			☐ M ☐ F					☐ M ☐ F	
			☐ M ☐ F					☐ M ☐ 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 LA PERSONNE ADHÉRENTE : _____

COCHEZ VOTRE CHOIX
☐ RÉVOCABLE
☐ IRRÉVOCABLE

6- DÉCLARATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

J'accepte par les présentes, les dispositions de la police et je consens à ce que les primes nécessaires soient prélevées sur mon salaire le cas échéant. J'accepte que mon numéro d'assurance sociale serve à des fins d'administration pour La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (ci-après appelée La Capitale).

J'autorise mon employeur, le preneur du contrat, La Capitale ou ses réassureurs ainsi que les représentants et mandataires à fournir, à recevoir et à échanger entre eux tous renseignements personnels relatifs à mon admissibilité, mon assurabilité et à mes demandes de prestations en vertu du régime et à celles de mes personnes à charge, le cas échéant.

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 pour les fins du présent contrat, de sa modification, prolongation ou renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original si elle est utilisée aux fins d'échange de renseignements.

_____ ( ) – _____ _____
Signature de la personne adhérente 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