

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
001008		

1 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM DU GROUPE FNEEQ (Cégeps)		NOM DE L'EMPLOYEUR		N° D'EMPLOYÉ	
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 RÉSIDENTIEL	
ÉTAT CIVIL * DEPUIS LE _____ A M J				TRAVAIL À TEMPS <input type="checkbox"/> COMPLET <input type="checkbox"/> PARTIEL : _____ (%)	
<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"/> UNI CIVILEMENT*		DATE D'EMPLOI A M J		DATE D'ADMISSIBILITÉ A M J	
FONCTION ACTUELLE		SALAIRE ANNUEL		STATUT D'EMPLOI <input type="checkbox"/> PERMANENT <input type="checkbox"/> CONTRACTUEL	

Étiez-vous assuré en vertu du contrat de la FNEEQ avant aujourd'hui? oui non

Si oui, précisez l'employeur : _____ et la date de terminaison : _____

2 - GARANTIES

GARANTIES OBLIGATOIRES	J'ADHÈRE			JE MODIFIE MA PROTECTION							
	BASE (Module A)	RÉGULIÈRE (Module B)	ENRICHIE (Module C)	AJOUTER			ENLEVER				
- 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"/>	
Une 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"/>				
GARANTIES OPTIONNELLES											
- ASSURANCE SOINS DENTAIRES La protection enrichie (Option 2) n'est disponible que si la protection enrichie (Module C) a été retenue en assurance maladie.	BASE (Option 1)		ENRICHIE (Option 2)		BASE (Option 1)		ENRICHIE (Option 2)		BASE (Option 1)		ENRICHIE (Option 2)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Une participation de 36 mois au niveau choisi doit être atteinte pour qu'une réduction ou une terminaison soit permise.											
- ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT ET ASSURANCE MALADIES GRAVES (requis pour adhérer aux autres garanties d'assurance vie)	<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"/>				
- 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 \$				
- 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 \$				

- 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 d'assurance collective équivalent.
- Cette garantie est obligatoire pour un employé permanent et d'abord optionnelle pour toute autre catégorie 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 - RAISON DE LA MODIFICATION À MA PROTECTION

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 CELLES INCLUANT L'ASSURANCE MÉDICAMENTS ET SOINS DENTAIRES	DATE D'EFFET DE L'ÉVÉNEMENT A M J DATE PRÉVUE DU RETOUR (S'IL Y A LIEU) A M J
---	--

4 - IDENTIFICATION DE MES 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 L'ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT)

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 : _____

COCHER VOTRE CHOIX
 RÉVOCABLE
 IRRÉVOCABLE

6 - DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

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 aux 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, à 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 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 si elle est utilisée aux fins d'échange de renseignements.

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 _____

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 Saint-Amable

Case postale 1500

Québec (Québec) G1K 8X9

Service à la clientèle

Téléphone : 418 644-4200

ou

Sans frais : 1 800 463-4856