


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
6000		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PARTICIPANT			
NOM DU GROUPE COMITÉ PARITAIRE INTERSECTORIEL FTQ		NOM DE L'EMPLOYEUR	N° D'EMPLOYÉ OU MATRICULE
NOM	PRÉNOM	SEXE <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 : _____ (%) OU _____ (NBH/SEM)	
DATE DEPUIS LE A M J	DATE D'EMPLOI A M J	DATE D'ADMISSIBILITÉ A M J	STATUT D'EMPLOI <input type="checkbox"/> PERMANENT <input type="checkbox"/> AUTRE (SPÉCIFIEZ) :
FONCTION ACTUELLE	SALAIRE ANNUEL		

2- RÉGIME(S)	ADHÉSION	MODIFICATIONS	
■ RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE BASE OBLIGATOIRE Vous devez choisir un volet } VOLET COMPLET (durée minimale de participation : 36 mois) VOLET RÉDUIT INDIVIDUEL <input type="checkbox"/> MONOPARENTAL (sans conjoint) <input type="checkbox"/> FAMILIAL <input type="checkbox"/> EXEMPTÉ* <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	J'AJOUTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	J'ENLÈVE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
■ RÉGIMES OPTIONNELS 1 ET/OU 2 (Adhésion facultative - durée minimale de participation : 36 mois) INDIVIDUEL <input type="checkbox"/> MONOPARENTAL (sans conjoint) <input type="checkbox"/> FAMILIAL <input type="checkbox"/> - OPTIONNEL 1 MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTIONNEL 2 SOINS DENTAIRES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
■ RÉGIME OPTIONNEL 3- VIE - VIE DE BASE DU PARTICIPANT : 1 x salaire annuel (Obligatoire pour adhésion aux autres garanties d'assurance vie) - MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLE DU PARTICIPANT : 1 x salaire annuel - VIE DE BASE DU CONJOINT OU DES ENFANTS À CHARGE - VIE ADDITIONNELLE DU PARTICIPANT : ** 1 à 5 x salaire annuel <input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non-fumeur _____ x salaire _____ x 5 000 \$	<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"/>
- VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT : ** 1 à 20 tranche(s) de 5 000 \$ <input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non-fumeur _____ x 5 000 \$	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
IMPORTANT : * Pour être exempté du régime d'assurance maladie de base, le participant doit fournir à l'employeur, la preuve qu'il est assuré en vertu d'un régime collectif d'assurance comportant une protection similaire. ** Ces protections sont sujettes à l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur. Veuillez remplir le formulaire « Déclaration d'assurabilité » P007. Note : Pour adhérer à une protection familiale ou monoparentale dans les options 1, 2 et 3, vous devez détenir le même statut dans le régime de base à moins d'en être exempté. De plus, les primes payables par le (la) participant(e) sont exigibles par l'Assureur qu'il y ait ou non versement d'une paie. L'Assureur peut suspendre les protections dans les 30 jours suivant la date d'échéance de toute prime impayée.			

3- MODIFICATION(S)	DATE D'EFFET DE L'ÉVÉNEMENT A M J
RAISON(S) DE LA MODIFICATION OBTENTION D'UN 1 ^{er} POSTE, CONGÉ SANS SOLDE, CONGÉ PARENTAL, MATERNITÉ, MISE À PIED TEMPORAIRE, NAISSANCE, MARIAGE, ETC.	
JE DÉSIRE : A) <input type="checkbox"/> MODIFIER LES RÉGIMES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE (PARTIE 2) B) <input type="checkbox"/> CONSERVER TOUS LES RÉGIMES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE C) <input type="checkbox"/> ANNULER TOUS LES RÉGIMES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE SAUF CELLE INCLUANT L'ASSURANCE MÉDICAMENTS (PARTIE 2)	DATE PRÉVUE DU RETOUR (S'IL Y A LIEU) A M J

4- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE																																								
<table border="0"> <tr> <td>Prénom</td> <td>Nom</td> <td>Sexe</td> <td>Date de naissance</td> <td>Prénom</td> <td>Nom</td> <td>Sexe</td> <td>Date de naissance</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td>A M J</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td>A M J</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Conjoint :</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2">Enfant(s) :</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Enfant(s) :</td> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td></td> <td colspan="2">Enfant(s) :</td> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td></td> </tr> </table>	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J	Conjoint :				Enfant(s) :				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	
Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance																																	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J																																	
Conjoint :				Enfant(s) :																																				
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																																		

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 REPRÉSENTANT LÉGAL DEVRA ÊTRE OBTENU.
DÉSIGNATION :	COCHEZ VOTRE CHOIX <input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE
LIEN AVEC LE PARTICIPANT :	

6- DÉCLARATION DU PARTICIPANT
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 du participant ou, si mineur, de son représentant légal () - Téléphone - Date (VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DE L'AVIS AU VERSO)

7- SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR
Signature () - Téléphone - Date

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 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