

La Capitale assureur de l'administration publique inc.
 625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 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° d'employeur
1 0 3 0 0 0	

N° d'assurance sociale (NAS)

N° d'identification (sera fourni par l'Assureur au moment de l'adhésion)

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENTE

Nom du groupe FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC	Nom de l'employeur	N° d'employée
---	--------------------	---------------

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
-----	--------	--------------------------------	--	---

N° rue, app.	Ville	Province	Code postal
--------------	-------	----------	-------------

Adresse courriel ¹	Téléphone principal	Poste	Téléphone autre	Poste
-------------------------------	---------------------	-------	-----------------	-------

Note 1 : En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à mon assurance collective.

État civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> mariée ou unie civilement <input type="checkbox"/> conjointe de fait <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> séparée	Depuis le (AAAA/MM/JJ)
--	------------------------

Date d'emploi (AAAA/MM/JJ)	Date d'admissibilité (AAAA/MM/JJ)	Statut d'emploi <input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> autre (spécifier) : _____
----------------------------	-----------------------------------	--

Fonction actuelle	Salaire annuel _____ \$	Travail à temps <input type="checkbox"/> complet <input type="checkbox"/> partiel : _____ % ou _____ heures/semaine
-------------------	----------------------------	--

2. RAISON DE LA (DES) MODIFICATION(S)

Événement de vie (naissance, mariage, etc.) : _____ Date d'effet de l'événement

 Année Mois Jour

Révision annuelle du % de temps de travail

Veillez cocher la ou les modification(s) que vous désirez apporter à vos régimes d'assurance à la section 3 ci-dessous.

3. RÉGIMES

Régime d'assurance maladie - Obligatoire	
Choix de module	Catégorie de protection
<input type="checkbox"/> Bronze	<input type="checkbox"/> Individuelle
<input type="checkbox"/> Argent	<input type="checkbox"/> Monoparentale (sans conjoint)
<input type="checkbox"/> Or	<input type="checkbox"/> Familiale
<input type="checkbox"/> Exemption ²	
Période minimale de participation au module choisi de 24 mois ³	

Régime de soins dentaires
Catégorie de protection
<input type="checkbox"/> Individuelle
<input type="checkbox"/> Monoparentale (sans conjoint)
<input type="checkbox"/> Familiale
<input type="checkbox"/> Je mets fin à ma participation au régime
Période minimale de participation au régime de 36 mois

Régime d'assurance vie ⁴			
Vie de base de l'adhérente (incluant Mort et mutilation accidentelles de base de l'adhérente) – Montant : 5 000 \$	<input checked="" type="checkbox"/>		
Vie du conjoint et des enfants à charge ⁵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 \$) (incluant Mort et mutilation accidentelles additionnelle de l'adhérente)	Veillez cocher le montant d'assurance désiré pour cette garantie ⁶ :		
	<input type="checkbox"/> 5 000 \$	<input type="checkbox"/> 10 000 \$	<input type="checkbox"/> 15 000 \$
	<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 75 000 \$	<input type="checkbox"/> 100 000 \$
	<input type="checkbox"/> 25 000 \$	<input type="checkbox"/> Aucun	
Vie additionnelle de l'adhérente (plus de 100 000 \$) ^{7 et 8} – 1 à 16 tranches de 25 000 \$ ⁹	Nombre de tranches :	_____	_____
Vie additionnelle du conjoint ⁸ – 1 à 20 tranches de 25 000 \$ ⁹	Nombre de tranches :	_____	_____

Régime d'assurance invalidité de longue durée ⁴	<input checked="" type="checkbox"/>
---	-------------------------------------

Note 2 : Afin de bénéficier du droit d'exemption, la salariée doit établir qu'elle-même et ses personnes à charge sont protégées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires. | **Note 3 :** Cette période doit être complétée avant de pouvoir changer pour un module inférieur. Changement pour un module supérieur possible en tout temps. | **Note 4 :** Les salariées travaillant 25 % ou moins du temps complet qui désirent se soustraire à l'obligation de participer à ces garanties sont invitées à consulter le contrat d'assurance collective. | **Note 5 :** La participation à cette garantie est **obligatoire** pour l'adhérente détenant une catégorie de protection autre qu'individuelle en vertu du Régime d'assurance maladie. | **Note 6 :** Si la demande est effectuée dans les 30 jours suivant la date de début de l'admissibilité, des preuves d'assurabilité sont requises seulement pour le montant de 100 000 \$. Après ce délai, des preuves d'assurabilité sont requises pour tous les montants d'assurance. | **Note 7 :** Pour adhérer à cette garantie, l'adhérente doit détenir un montant d'assurance de 100 000 \$ en vertu de la vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 \$). | **Note 8 :** Inclut les droits acquis. | **Note 9 :** Des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps.

SERVICE DE REMBOURSEMENT PAR DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ

J'autorise La Capitale à déposer mes prestations d'assurance maladie et/ou soins dentaires dans mon compte bancaire. (Veillez compléter les informations bancaires ci-dessous; aucun spécimen de chèque n'est requis).

243	100005	1231	12345	123456
N° de succursale	N° de l'institution	N° du compte		

N° de succursale	N° de l'institution	N° d u compte

