

- ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE
MODIFICATION(S) À L'ASSURANCE COLLECTIVE
FORMULAIRE SAISI DANS L'ESPACE ADMINISTRATEUR

N° de groupe: 006000, N° d'employeur: 1041, N° d'identification: (se sera fourni par l'Assureur au moment de l'adhésion)

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PARTICIPANT

Formulaire de renseignements relatifs au participant including fields for Nom de groupe (COMITÉ PARITAIRE INTERSECTORIEL FTQ), Nom (Nom, Prénom), Date de naissance, Adresse courriel, État civil, Statut d'emploi, and Fonction actuelle (Titre d'emploi).

* Ne rien inscrire dans ces sections

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

Formulaire de raison(s) de la modification including fields for Raison and Je désire (Modifier les régimes, Conserver tous les régimes, Annuler tous les régimes).

Ne rien inscrire lors de l'adhésion

3. RÉGIME(S)²

Formulaire de régime(s) including sections for Régime d'assurance maladie de base - Obligatoire and Régimes optionnels⁴ with various checkboxes for volets and options.

OBLIGATOIRE : Choisir le statut de protection et le volet

OPTIONNEL : Cocher la ou les options désirées et le statut de protection

OPTIONNEL : Choisir les protections désirées

Note 2 : Les primes payables par le ou 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 payée. Note 3 : Afin de bénéficier du droit d'exemption, le participant doit fournir à son employeur la preuve que lui-même et ses personnes à charge, le cas échéant, sont protégés en vertu d'un régime d'assurance collective comportant une protection similaire. Note 4 : Si les garanties de ces régimes sont ajoutées en cours de contrat, des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps. Note 5 : Pour adhérer à un statut de protection familial ou monoparental pour les options I et II, le participant doit détenir le même statut dans le régime d'assurance maladie de base, à moins d'en être exempté. Note 6 : La participation à cette garantie est obligatoire pour adhérer aux autres garanties d'assurance vie. Note 7 : La participation à cette garantie est obligatoire pour adhérer à la garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint. Note 8 : Pour adhérer à cette garantie, des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps. Veuillez remplir le formulaire Déclaration d'assurabilité.

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. (Veuillez inscrire les renseignements bancaires ci-dessous; aucun spécimen de chèque n'est requis).

Formule de renseignements bancaires including fields for N° de succursale, N° de l'institution, N° du compte, N° de succursale, N° de l'institution, and N° du compte.

4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

| | Prénom et nom | Sexe F M | Date de naissance (AAAA/MM/JJ) | Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle ⁹ | À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 18 ans ou plus, étudiant à temps plein ⁹ | |
|-----------|---------------|---|-----------------------------------|---|--|---|
| | | | | | Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ) | Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ) |
| Conjoint | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Enfant(s) | | <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"/> | | |

À remplir si statut
Familial ou
Monoparental choisi

Note 8 : Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.

Note 9 : La Capitale se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

I

5. RETRAIT DE PERSONNES À CHARGE

Veuillez remplir la section 3 si vous désirez modifier votre protection et nous indiquer la raison de cette modification à la section 2.

| | |
|---------------|---------------|
| Prénom et nom | Prénom et nom |
|---------------|---------------|

6. DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRES (pour l'option III – Régime optionnel d'assurance vie)

| Révocable | Irrévocable | Prénom et nom | Pourcentage | Lien avec le participant |
|--------------------------|--------------------------|---------------|-------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

À remplir si
option III
choisie

MISE EN GARDE : Si des pourcentages sont indiqués, ceux-ci doivent totaliser au maximum 100 %. Si aucun pourcentage n'est précisé, la prestation d'assurance vie sera partagée en parts égales entre les bénéficiaires désignés. **PROVINCE DE QUÉBEC :** la désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est considérée irrévocable à moins de stipulation contraire du participant. Une désignation irrévocable peut être modifiée seulement si le bénéficiaire a atteint l'âge de la majorité et qu'il signe une renonciation à ses droits de bénéficiaire. **AUTRES PROVINCES QUE LE QUÉBEC :** une désignation de bénéficiaire est considérée révocable à moins de stipulation contraire du participant. Une désignation irrévocable peut être modifiée seulement si le bénéficiaire a atteint l'âge de la majorité et s'il consent par écrit à ce changement.

7. DÉSIGNATION DU FIDUCIAIRE POUR UN BÉNÉFICIAIRE MINEUR (ne s'applique pas à la province de Québec)

Si vous désignez un bénéficiaire n'ayant pas atteint l'âge de la majorité, vous devez nommer un fiduciaire.

| | | | |
|---------------|-------|----------|-------------|
| Prénom et nom | | | |
| No, rue, app. | Ville | Province | Code postal |

8. SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR


 **Signature du responsable du CSRH** Date : _____
 Signature Année Mois Jour Téléphone

9. AUTORISATION DU PARTICIPANT

« J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les cotisations requises ainsi que 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, 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 ancien 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 prestataires de service tous les renseignements nécessaires au traitement de mon dossier. La présente autorisation est également valide, advenant mon décès, à l'égard de toute personne ou organisation détenant des renseignements requis par La Capitale ou ses prestataires de service et 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. »

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.

 _____ Date : _____
 Signature du participant ou, si mineur, de son représentant légal AAAAA/MM/JJ

Signature
obligatoire

10. AVIS

La Capitale désire vous aviser que les renseignements recueillis seront versés à votre dossier dont l'objet est « Assurance collective ». Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés ou prestataires de service 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. Le dossier sera conservé à l'adresse ci-dessous.

Si vous désirez accéder à votre dossier ou demander la rectification d'un renseignement inexact ou incomplet, veuillez transmettre par écrit une demande à l'attention du responsable de l'accès à l'information, Direction de l'administration.

Dans le but de rendre service à sa clientèle, il se peut que La Capitale groupe financier inc., ses filiales et représentants autorisés utilisent vos renseignements nominatifs (nom, adresse, numéro de téléphone et adresse courriel) pour vous informer des produits et services susceptibles de vous intéresser. Si toutefois vous ne désirez pas recevoir ce type d'information, écrivez-nous à l'adresse ci-dessous.

| | |
|--|--|
| Pour joindre le service à la clientèle : Téléphone : 418 644-4200 Sans frais : 1 800 463-4856 Courriel : adm.collectif@lacapitale.com | La Capitale assureur de l'administration publique inc. 625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500 Québec (Québec) G1K 8X9 • lacapitale.com |
|--|--|

Le présent formulaire peut être transmis à l'Assureur par la poste, par télécopieur ou par courriel aux coordonnées inscrites ci-dessus.
 Si vous n'avez pas transmis le document original, assurez-vous de le conserver en lieu sûr en cas de contrôle.
 Il est à noter que l'Assureur peut exiger le document original en tout temps aux fins de vérification.

C6000-0F (2019-12)