

La Capitale assureur de l'administration publique inc.

625, rue Jacques-Parizeau, 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
006000		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PARTICIPANT		NOM DE L'EMPLOYEUR		N° D'EMPLOYÉ OU MATRICULE	
NOM DU GROUPE: COMITÉ PARITAIRE INTERSECTORIEL FTQ		NOM		DATE DE NAISSANCE	
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 TRAVAIL	
ÉTAT CIVIL <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <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*		* DEPUIS LE		TRAVAIL À TEMPS <input type="checkbox"/> COMPLET <input type="checkbox"/> PARTIEL: _____ (%) OU _____ (NBH/SEM)	
FONCTION ACTUELLE		SALAIRE ANNUEL (TEMPS COMPLET)		DATE D'EMPLOI	
				DATE D'ADMISSIBILITÉ	
				STATUT D'EMPLOI <input type="checkbox"/> PERMANENT <input type="checkbox"/> AUTRE (SPÉCIFIEZ): _____	

2- RÉGIME(S)	ADHÉSION		MODIFICATION(S)			
			J'AJOUTE		J'ENLÈVE	
OBLIGATOIRE	VOLET COMPLET	VOLET RÉDUIT	VOLET COMPLET	VOLET RÉDUIT	VOLET COMPLET	VOLET RÉDUIT
MALADIE DE BASE (Cochez le volet COMPLET ou RÉDUIT): <input type="checkbox"/> INDIVIDUEL <input type="checkbox"/> EXEMPTION <input type="checkbox"/> MONOPARENTAL (sans conjoint) <input type="checkbox"/> FAMILIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.						
Durée minimale de participation de 36 mois pour le volet COMPLET						
OPTIONNELS	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 1	OPTION 2
Pour adhérer à un statut de protection familial ou monoparental dans les options 1 et 2, vous devez détenir le même statut dans le régime d'assurance maladie de base à moins d'en être exempté.						
MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTION 1 SOINS DENTAIRES – OPTION 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adhésion facultative – Durée minimale de participation de 36 mois						
VIE – OPTION 3						
– VIE DE BASE DU PARTICIPANT (requis pour adhérer aux autres garanties d'assurance vie) 1 x salaire annuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLE DU PARTICIPANT 1 x salaire annuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– VIE DE BASE DU CONJOINT OU DES ENFANTS À CHARGE (requis pour adhérer à la garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– VIE ADDITIONNELLE DU PARTICIPANT* 1 à 5 x salaire annuel <input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non-fumeur	_____ x salaire	_____ x salaire	_____ x salaire	_____ x salaire	_____ x salaire	_____ x salaire
– VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT* 1 à 20 tranche(s) de 5 000 \$ <input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non-fumeur	_____ x 5 000 \$	_____ x 5 000 \$	_____ x 5 000 \$	_____ x 5 000 \$	_____ x 5 000 \$	_____ x 5 000 \$

\* Ces protections sont sujettes à l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur. Veuillez remplir le formulaire « Déclaration d'assurabilité » P007.

Note: 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 <sup>ER</sup> 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 LE RÉGIME MALADIE DE BASE	DATE PRÉVUE DU RETOUR (S'IL Y A LIEU) A M J

4- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE							
Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance
Conjoint: _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J	Enfant(s): _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J
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 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 assureur de l'administration publique 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		
_____	_____	_____
	Téléphone	Date

## **A V I S**

La Capitale assureur de l'administration publique inc. (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 prestataires de service 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 assureur de l'administration publique inc.*

*625, rue Jacques-Parizeau  
Case postale 1500  
Québec (Québec) G1K 8X9*

*Service à la clientèle  
Téléphone : 418 644-4200  
ou  
Sans frais : 1 800 463-4856*