

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

N° de groupe 0 0 6 0 0 0	N° d'employeur 	N° d'identification (sera fourni par l'Assureur au moment de l'adhésion)
--	--------------------	--

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PARTICIPANT

Nom du groupe COMITÉ PARITAIRE INTERSECTORIEL FTQ		Nom de l'employeur		N° d'employé ou matricule	
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	
App.	N°, rue		Ville	Province	Code postal
Adresse courriel ¹			Téléphone principal 	Poste	Téléphone (autre)

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

État civil				Depuis le (AAAA/MM/JJ) 	
<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié(e) ou uni(e) civilement	<input type="checkbox"/> conjoint(e) de fait	<input type="checkbox"/> veuf(ve)	<input type="checkbox"/> divorcé(e)	<input type="checkbox"/> séparé(e)
Date d'emploi (AAAA/MM/JJ) 		Date d'admissibilité (AAAA/MM/JJ) 		Statut d'emploi <input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> temporaire <input type="checkbox"/> autre : _____	
Fonction actuelle		Salaire annuel (temps complet) _____ \$		Travail à temps <input type="checkbox"/> complet <input type="checkbox"/> partiel : _____% ou _____ heures/semaine	

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

Raison : _____ Date d'effet de l'événement : | | | | | | | | | |
Obtention d'un 1^{er} poste, mariage, divorce, congé parental, adoption, naissance, décès, etc.

Je désire : Modifier les régimes de mon assurance collective
 Conserver tous les régimes de mon assurance collective
 Annuler tous les régimes de mon assurance collective, à l'exception du régime d'assurance maladie de base
 Date prévue du retour, s'il y a lieu : | | | | | | | | | |

3. RÉGIMES²

Régime d'assurance maladie de base - Obligatoire			
Pour le volet complet, la durée minimale de participation est de 36 mois	Choix de volet		Statut de protection
	<input type="checkbox"/> Volet complet		<input type="checkbox"/> Individuel
	<input type="checkbox"/> Volet réduit		<input type="checkbox"/> Monoparental (sans conjoint)
	<input type="checkbox"/> Exemption ³		<input type="checkbox"/> Familial
	<input type="checkbox"/> J'adhère	<input type="checkbox"/> J'ajoute	<input type="checkbox"/> J'enlève
Régimes optionnels			
<input type="checkbox"/> Option I - assurance maladie complémentaire	Statut de protection		
<input type="checkbox"/> Option II - assurance soins dentaires	<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Monoparental (sans conjoint) <input type="checkbox"/> Familial ⁴		
Pour chacune des options, la durée minimale de participation est de 36 mois et le statut de protection doit être identique pour l'option I et II.			
Option III - Régime optionnel d'assurance vie ⁵			
Assurance vie de base du participant ⁵ - 1 fois le salaire annuel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelle du participant - 1 fois le salaire annuel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance vie du conjoint et des enfants à charge du participant ⁶ - Conjoint : 5 000 \$ - Enfant à charge : 2 500 \$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance vie additionnelle ⁷ - Participant : 1 à 5 fois le salaire annuel <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur - Conjoint : 1 à 20 tranches de 5 000 \$ <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur		____ x le salaire ____ tranche(s)	____ x le salaire ____ tranche(s)

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 impayée. | **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** : 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 5** : La participation à cette garantie est obligatoire pour adhérer aux autres garanties d'assurance vie. | **Note 6** : La participation à cette garantie est obligatoire pour adhérer à la garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint. | **Note 7** : 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).

■■ 243 ■■ 100005 ■■ 2311 2345 ■■ 23456 ■■			
N° de succursale N° de l'institution N° du compte	N° de succursale	N° de l'institution	N° du compte

4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle ⁸	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 18 ans ou plus, étudiant à temps plein ⁹	
		F	M			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"/>		

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.

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"/>			

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 révoquable 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

X _____ 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.

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

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	Beneva
	Sans frais : 1 800 463-4856	625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500
	Courriel : adm.collectif@beneva.ca	Québec (Québec) G1K 8X9 • beneva.ca

Le présent formulaire peut être transmis à l'Assureur par la poste 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.