

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

N° de groupe: 0 0 5 4 9 2
N° d'employeur
N° d'identification
N° d'employé

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom du groupe: LES AVOCATS ET NOTAIRES DE L'ÉTAT QUÉBÉCOIS
Nom de l'employeur
Nom, Prénom, Date de naissance, Sexe, Langue
App., N°, rue, Ville, Province, Code postal
Adresse courriel, 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, Depuis le
Date d'emploi, Date d'admissibilité, Statut d'emploi
Fonction actuelle, Salaire annuel, Travail à temps

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

Raison:
Date d'effet de l'évènement:

3. RÉGIMES

Obligatoire: Assurance maladie
Choix de module, Statut de protection
Assurance vie de base incluant l'assurance mort ou mutilation accidentelle
Assurance invalidité de longue durée
Facultatif: Assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge
Assurance vie additionnelle
Assurance maladies graves

Note 2: Le Module Or inclut une assurance de vie de base et mort ou mutilation accidentelle à 200% du traitement annuel.
Note 3: Important – Pour être exempté de la garantie d'assurance maladie, l'adhérent doit fournir à l'employeur la preuve qu'il est assuré en vertu d'un régime collectif d'assurance comportant une protection similaire pour lui et ses personnes à charge, le cas échéant.
Note 4: Seulement pour un adhérent détenant un statut de protection monoparental ou familial en vertu de la garantie d'assurance maladie.
Note 5: Ces protections sont sujettes à l'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité. Veuillez remplir le formulaire Déclaration d'assurabilité disponible sur le site Internet de La Capitale et sur l'Espace client, section Assurance collective.

ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA) – Personnel
Uniquement pour la garantie d'assurance maladies graves. Veuillez joindre un spécimen de chèque.
Caractéristiques des débits – Ceci est un DPA à montant variable. Vous, le payeur, autorisez La Capitale à porter au débit du compte bancaire indiqué les montants nécessaires en paiement de la prime, des taxes, ainsi que des frais applicables, s'il y a lieu, à votre police d'assurance.
Renonciation – Par le présent Accord, je renonce à recevoir les préavis suivants : 1) d'une autorisation avant le traitement du premier prélèvement, 2) de tout prélèvement subséquent, et 3) des changements du montant ou de la date du prélèvement apportés à ma demande ou à celle de la compagnie.
Annulation – Je peux révoquer mon autorisation sur signification d'un préavis de 30 jours.
Recours et remboursement – En cas de contestation d'un DPA, je conviens d'en informer La Capitale.

Signature du titulaire du compte, Date
Signature du deuxième titulaire du compte, si requise, Date

SERVICE DE REMBOURSEMENT PAR DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ
J'autorise La Capitale à déposer mes prestations d'assurance maladie dans mon compte bancaire.

N° de succursale, N° de l'institution, 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 ⁶	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 20 ans ou plus, étudiant à temps plein ⁷	
Conjoint		☐ ☐			Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
Enfant(s)		☐ ☐		☐		
		☐ ☐		☐		
		☐ ☐		☐		

Note 6 : Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.
Note 7 : 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 2 si vous désirez modifier votre protection et nous indiquer la raison de cette modification à la section 3.

Prénom et nom	Prénom et nom	Date d'effet (AAAA/MM/JJ)
---------------	---------------	---------------------------

6. DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRES (pour le régime d'assurance vie)

Révocable	Irrévocable	Prénom et nom	Pourcentage	Lien avec l'adhérent
☐	☐			
☐	☐			
☐	☐			

MISE EN GARDE : Si des pourcentages sont indiqués, ceux-ci doivent totaliser 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 de l'adhérente. 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 de l'adhérente. 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.

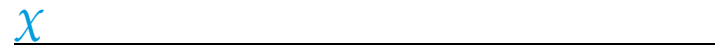
Prénom et nom			
N°, rue, app.	Ville	Province	Code postal

8. SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

N° du ministère ou organisme	Centre d'opération	Centre de responsabilité	Centre de distribution de la paie
------------------------------	--------------------	--------------------------	-----------------------------------

Système de paie SAGIP : ☐ Standard ☐ Variable ☐ Autre système de paie

Remarque : _____

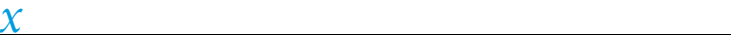
	Date : _____
Signature	Année Mois Jour Téléphone

9. AUTORISATION DE L'ADHÉRENT

« **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 ex-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 de l'adhérent ou, si mineur, de son représentant légal	Année Mois Jour Téléphone

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.

C5492.0F (2025-05)