

- ☐ ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE

☐ MODIFICATION(S) À L'ASSURANCE COLLECTIVE

☐ FORMULAIRE SAISI DANS L'ESPACE ADMINISTRATEUR

N° de groupe	N° d'employeur	N° d'identification (sera fourni par l'Assureur au moment de l'adhésion)
009800		
No d'employé		

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom du groupe		PROFESSIONNELLES ET PROFESSIONNELS NON SYNDIQUÉS DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC ET DES ORGANISMES AFFILIÉS		Nom du ministère ou organisme							
Nom		Prénom		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)		Sexe		Langue			
						☐ F ☐ M		☐ Français ☐ Anglais			
App.		N°, rue		Ville		Province		Code postal			
Adresse courriel¹				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 (AAAA/MM/JJ)			
☐ célibataire ☐ marié ou uni civilement ☐ conjoint de fait ☐ veuf ☐ divorcé ☐ séparé											
Date d'emploi (AAAA/MM/JJ)				Date d'admissibilité (AAAA/MM/JJ)				Poste			
								☐ Professionnel ☐ Juriste ☐ Personnel de cabinet ou de député			
Salaire annuel				Statut d'emploi							
				☐ Temporaire ☐ Permanent ☐ Occasionnel							

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

Raison : Date d'effet de l'évènement :

Congé sans solde, congé parental, maternité, naissance, mariage, divorce, décès, etc.

3. RÉGIMES

IMPORTANT : Les renseignements indiqués sur ce formulaire doivent s'interpréter en complémentarité avec les dispositions contractuelles.

Régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées Obligatoire Choix de module ☐ Régime de base ☐ Régime intermédiaire ☐ Régime enrichi ☐ Exemption² Catégorie de protection ☐ Individuelle ☐ Monoparentale ☐ Familiale Maintien obligatoire d'une durée de 36 mois.	Régime d'assurance soins dentaires Facultatif Catégorie de protection ☐ Individuelle ☐ Monoparentale ☐ Familiale ☐ Je mets fin à ma participation au régime Maintien obligatoire d'une durée de 36 mois.
J'adhèreJ'enlève	
Régime d'assurance vie de base de l'adhérent³ et 4 - Facultatif	
– de moins de 65 ans : 1 fois le traitement annuel ☐ – de 65 ans ou plus : 25 %, 50 %, 75 % ou 100 % du traitement annuel % %	
Régime d'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles de l'adhérent - Facultatif ☐☐	
Régime d'assurance vie de base du conjoint et des personnes à charge - Facultatif	
– des personnes à charge (6 000 \$); ou ☐☐ – des personnes à charge (6 000 \$) et du conjoint (6 000 \$)⁵ ☐☐	
Régime d'assurance vie additionnelle de l'adhérent⁴ et 6 - Facultatif	
– de 1 à 5 fois le traitement annuel ☐ Fumeur ☐ Non-fumeur fois fois	
Régime d'assurance vie additionnelle du conjoint⁶ - Facultatif	
– de moins de 65 ans : 1 à 10 tranche(s) de 10 000 \$ ☐ Fumeur ☐ Non-fumeur tranche(s) tranche(s) – de 65 ans ou plus : 10 000 \$ ☐ Fumeur ☐ Non-fumeur ☐☐	
Régime d'assurance maladies redoutées⁶ - Facultatif	
– de l'adhérent : 5 à 30 tranches de 5 000 \$ tranche(s) tranche(s) – du conjoint : 5 à 30 tranches de 5 000 \$ tranche(s) tranche(s)	
Régime d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée – Obligatoire⁷ ☐	

Note 2 : IMPORTANT – Pour être exemptée de participer au régime obligatoire d'assurance maladie, l'adhérent doit fournir à l'employeur la preuve qu'il et ses personnes à charge, le cas échéant, sont assurés en vertu d'un régime collectif d'assurance comportant des protections similaires. | Note 3 : Obligatoire pour adhérer aux autres régimes d'assurance vie. | Note 4 : Si retenue, l'Assureur paie au bénéficiaire le montant d'assurance vie selon l'âge de l'adhérent au moment de son décès, tel que stipulé dans son document de référence. | Note 5 : Obligatoire pour adhérer au régime d'assurance vie additionnelle du conjoint. | Note 6 : Des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps pour adhérer à ces garanties. | Note 7 : La participation au régime d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée est obligatoire pour tout employé admissible, à l'exception du personnel de cabinet (autre que directeur) et du personnel de député, sous réserve des dispositions contractuelles.

☐ 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).

N° de succursale		N° de l'institution		N° du compte	
11 243 11		100005		12345	
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 à charge 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	
Conjoint		☐ ☐			Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
Enfant(s)		☐ ☐		☐		
		☐ ☐		☐		
		☐ ☐		☐		

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 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 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 de l'adhérent. 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 irrévocable à moins de stipulation contraire de l'adhérent. 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

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 : _____

Signature _____ Date : _____
 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 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 services 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 de l'adhérent 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.