

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

N° de groupe	N° d'employeur
1 0 3 0 0 0	0 0 0 3

N° d'assurance sociale (NAS)

N° d'identification (sera fourni par l'Assureur au moment de l'adhésion)

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENTE

Nom du groupe FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC		Nom de l'employeur CIUSSSE-CHUS		N° d'employée	
Nom		Prénom		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	
N° rue, app.		Ville		Province	
Adresse courriel ¹		Téléphone principal		Poste	
État civil		Sexe		Langue	
<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> mariée ou unie civilement <input type="checkbox"/> conjointe de fait <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> séparée		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Date d'emploi (AAAA/MM/JJ)		Date d'admissibilité (AAAA/MM/JJ)		Statut d'emploi	
Fonction actuelle		Salaire annuel \$		Travail à temps	
				<input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> autre (spécifier) : _____	
				<input type="checkbox"/> complet <input type="checkbox"/> partiel : _____ % ou _____ heures/semaine	

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

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

Événement de vie (naissance, mariage, etc.) : _____

Révision annuelle du % de temps de travail

Date d'effet de l'événement

Année	Mois	Jour

Veillez cocher la ou les modification(s) que vous désirez apporter à vos régimes d'assurance à la section 3 ci-dessous.

3. RÉGIMES

Régime d'assurance maladie - Obligatoire Choix de module Catégorie de protection <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Argent <input type="checkbox"/> Monoparentale (sans conjoint) <input type="checkbox"/> Or <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Exemption ² Période minimale de participation au module choisi de 24 mois ³		Régime de soins dentaires Catégorie de protection <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale (sans conjoint) <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Je mets fin à ma participation au régime Période minimale de participation au régime de 36 mois
--	--	--

J'adhère	J'ajoute	J'enlève

Pour l'assurance vie, vous devez remplir un questionnaire d'assurabilité - Communiquez avec l'équipe PRASE au poste 47777, option 1 ou par courriel à prase.assurances.collectives.estr@sss.gouv.qc.ca

Régime d'assurance vie⁴ Vie de base de l'adhérente (incluant Mort et mutilation accidentelles de base de l'adhérente) - Montant : 5 000 \$		Obligatoire	
Vie du conjoint et des enfants à charge⁵		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 \$) (incluant Mort et mutilation accidentelles additionnelle de l'adhérente)		Veuillez cocher le montant d'assurance désiré pour cette garantie ⁶ :	
<input type="checkbox"/> 5 000 \$ <input type="checkbox"/> 10 000 \$ <input type="checkbox"/> 15 000 \$ <input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 75 000 \$ <input type="checkbox"/> 100 000 \$ <input type="checkbox"/> Aucun		Nombre de tranches : _____	
Vie additionnelle de l'adhérente (plus de 100 000 \$) ^{7 et 8} - 1 à 16 tranches de 25 000 \$ ⁹		Nombre de tranches : _____	
Vie additionnelle du conjoint⁸ - 1 à 20 tranches de 25 000 \$ ⁹		Nombre de tranches : _____	
Régime d'assurance invalidité de longue durée⁴		Obligatoire	

Note 2 : Afin de bénéficier du droit d'exemption, la salariée doit établir qu'elle-même et ses personnes à charge sont protégées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires. | **Note 3 :** Cette période doit être complétée avant de pouvoir changer pour un module inférieur. Changement pour un module supérieur possible en tout temps. | **Note 4 :** Les salariées travaillant 25 % ou moins du temps complet qui désirent se soustraire à l'obligation de participer à ces garanties sont invitées à consulter le contrat d'assurance collective. | **Note 5 :** La participation à cette garantie est **obligatoire** pour l'adhérente détenant une catégorie de protection autre qu'individuelle en vertu du Régime d'assurance maladie. | **Note 6 :** Si la demande est effectuée dans les 30 jours suivant la date de début de l'admissibilité, des preuves d'assurabilité sont requises seulement pour le montant de 100 000 \$. Après ce délai, des preuves d'assurabilité sont requises pour tous les montants d'assurance. | **Note 7 :** Pour adhérer à cette garantie, l'adhérente doit détenir un montant d'assurance de 100 000 \$ en vertu de la vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 \$). | **Note 8 :** Inclut les droits acquis. | **Note 9 :** Des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps.

- 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. (Veillez compléter les informations bancaires ci-dessous; aucun spécimen de chèque n'est requis).

243	100005	1234	12345	123456			
N° de succursale	N° de l'institution	N° du compte	N° de succursale	N° de l'institution	N° d u compte		

4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle ¹⁰	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 18 ans ou plus, étudiant à temps plein ¹¹	
		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 10 : Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.

Note 11 : 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'adhérente
<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 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 révoquable 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. AUTORISATION DE L'ADHÉRENTE

« **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 à la même valeur que l'original.

X _____ Date : _____
Signature de l'adhérente ou, si mineure, de son représentant légal

9. SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

X _____ Date : _____
Année Mois Jour Téléphone

10. AVIS

L'Assureur s'engage à recueillir et à utiliser uniquement les renseignements personnels pertinents de l'adhérente à l'objet du présent contrat. L'Assureur s'engage à prendre les mesures de sécurité raisonnables afin d'assurer la protection des renseignements personnels collectés, utilisés, communiqués, conservés ou détruits, compte tenu de leur sensibilité, de la finalité de leur utilisation, de leur quantité, de leur répartition et de leur support.

À cet effet, seuls ses représentants, mandataires, agents, sous-traitants, réassureurs, employés, commettants, officiers, administrateurs, dirigeants, associés et ayants droit, et toute autre personne responsable avec, pour ou envers elle, ainsi que les personnes que l'assurée aura autorisées et celles autorisées par la loi, auront accès aux renseignements personnels de l'adhérente, et ce, uniquement dans la mesure où ces informations sont nécessaires à l'exercice de leur fonction ou à l'exécution de leur mandat.

La communication de tout renseignement personnel de l'adhérente à un tiers devra se faire avec le consentement explicite préalable du Preneur, en respect des règles édictées par la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé et des dispositions prévues au Code civil du Québec.

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