

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

| | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|
| N° de groupe | | | | | |
| 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |

| | | | |
|----------------|--|--|--|
| N° d'employeur | | | |
| | | | |

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

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE

| | | | | | | | | |
|--|--|--------------------|---------------------|--------------------------------|----------------------------|--|---|--|
| Nom du groupe FNEEQ - CSN (Collèges privés et universités) | | Nom de l'employeur | | | N° de la personne employée | | | |
| 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 | |
| N°, rue, app. | | | 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 contrat d'assurance collective.

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| État civil | | | Depuis le (AAAA/MM/JJ) | | |
| <input type="checkbox"/> célibataire | <input type="checkbox"/> marié ou uni civilement | <input type="checkbox"/> conjoint de fait | <input type="checkbox"/> veuf | <input type="checkbox"/> divorcé | <input type="checkbox"/> séparé |

| | | | | | |
|----------------------------|--|-----------------------------------|--|------------------------------------|--|
| Date d'emploi (AAAA/MM/JJ) | | Date d'admissibilité (AAAA/MM/JJ) | | Statut d'emploi | |
| | | | | <input type="checkbox"/> permanent | <input type="checkbox"/> Contractuel : _____ |

| | | | | | |
|-------------------|--|------------------------------------|--|----------------------------------|---|
| Fonction actuelle | | Salaire annuel selon le % de tâche | | Travail à temps | |
| | | | | <input type="checkbox"/> complet | <input type="checkbox"/> partiel : _____% |

| | | | | | |
|---|--|--|----------------------------------|--|--|
| Étiez-vous assuré en vertu du contrat de la FNEEQ avant aujourd'hui ? | | | Date de terminaison (AAAA/MM/JJ) | | |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | | |

Si oui, veuillez préciser l'employeur : _____

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

Raison : _____ Date d'effet de l'événement : _____
Mariage, mise à pied temporaire, séparation de fait, adoption, naissance, décès, etc.

3. GARANTIES

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

| | | | |
|---|--|---|---|
| Assurance maladie - Obligatoire | | | |
| Choix de module² | | Plan de protection | |
| <input type="checkbox"/> Module A : protection de base | <input type="checkbox"/> Module B : protection régulière | <input type="checkbox"/> Individuel | <input type="checkbox"/> Exemption ³ |
| <input type="checkbox"/> Module C : protection enrichie | | <input type="checkbox"/> Monoparental (sans personne conjointe) | |
| | | <input type="checkbox"/> Couple (sans enfant) | |
| | | <input type="checkbox"/> Familial | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| Assurance soins dentaires | | | |
| Choix d'option | | Plan de protection⁵ | |
| <input type="checkbox"/> Option 1 : protection de base | <input type="checkbox"/> Option 2 : protection enrichie ⁴ | <input type="checkbox"/> Individuel | <input type="checkbox"/> Exemption ³ |
| | | <input type="checkbox"/> Monoparental (sans personne conjointe) | <input type="checkbox"/> Je mets fin à ma participation à cette option |
| | | <input type="checkbox"/> Couple (sans enfant) | |
| | | <input type="checkbox"/> Familial | |

| | | | |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|
| | J'adhère | J'ajoute | J'enlève |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Assurance vie de base de la personne adhérente et assurance maladies graves de la personne adhérente^{6, 7 et 8} | | | |
| - 1 fois le salaire annuel (minimum 35 000 \$) ⁹ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - 2 fois le salaire annuel (minimum 70 000 \$) ⁹ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Personne adhérente active de 70 ans et plus (10 000 \$) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Assurance vie des personnes à charge^{7, 8 et 10} | | | |
| - Personne conjointe de moins de 65 ans : 10 000 \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Personne conjointe de 65 ans ou plus : 5 000 \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Enfant à charge : 5 000 \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|
| Assurance vie additionnelle¹¹ | | | |
| - Personne adhérente : 1 à 10 tranches de 25 000 \$ | _____ tranches | _____ tranches | _____ tranches |
| - Personne conjointe : 1 à 10 tranches de 25 000 \$ | _____ tranches | _____ tranches | _____ tranches |

| | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Assurance invalidité de courte durée | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Assurance invalidité de longue durée¹² | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Note 2 : Période minimale de participation de **12 mois** avant de pouvoir augmenter et de **36 mois** avant de pouvoir diminuer. Toute demande de changement de protection doit être faite pendant la période du 1^{er} au 30 novembre de chaque année et la protection demandée entre en vigueur le 1^{er} janvier de l'année suivante. | **Note 3 :** IMPORTANT – Pour être exemptée de participer à ces garanties, la personne adhérente doit fournir à l'employeur la preuve qu'elle et ses personnes à charge, le cas échéant, sont assurées en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des protections similaires. | **Note 4 :** Conditionnelle à ce que la personne adhérente ait opté pour le Module B ou C en assurance maladie. | **Note 5 :** Le plan de protection doit être identique à celui de l'assurance maladie, sauf dans le cas où le droit d'exemption est exercé pour la garantie d'assurance maladie. | **Note 6 :** La participation à cette garantie est obligatoire pour adhérer aux autres garanties d'assurance vie et une protection de 2 fois le salaire annuel est requise pour adhérer à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente. Le montant viager maximum payable en vertu de l'assurance maladies graves est de 25 000 \$, sous réserve des dispositions contractuelles. | **Note 7 :** L'Assureur paie au bénéficiaire le montant d'assurance vie selon l'âge de la personne adhérente au moment de son décès. | **Note 8 :** Aucune preuve d'assurabilité n'est requise pour adhérer à ces garanties dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité ainsi que dans les 30 jours suivant la date de l'événement. Après ce délai, des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps. | **Note 9 :** Réduction de 50 % du montant d'assurance à l'âge de 65 ans. | **Note 10 :** Requête pour pouvoir adhérer à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe. | **Note 11 :** Des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps. | **Note 12 :** Participation obligatoire pour les personnes employées permanentes, pour les chargés de cours des cégeps ainsi que pour toute personne enseignante dans un collège à la date de début du contrat suivant l'atteinte de trois ans d'ancienneté à partir du premier contrat admissible, sous réserve du droit de renonciation.

4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

| | Prénom et nom | Sexe | | Date de naissance (AAAA/MM/JJ) | Enfant à charge atteint d'une déficience fonctionnelle ¹³ | À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 21 ans ou plus, étudiant à temps plein ¹⁴ | |
|--------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| | | F | M | | | Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ) | Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ) |
| Personne conjointe | | <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 13 : Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.

Note 14 : 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 les garanties d'assurance vie)

| Révocable | Irrévocable | Prénom et nom | Pourcentage | Lien avec la personne 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 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 la personne 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 révoquée à moins de stipulation contraire de la personne 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 | | | |
| No, rue, app. | Ville | Province | Code postal |

8. AUTORISATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

« **J'accepte**, par les présentes, les dispositions du contrat d'assurance collective 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. (La Capitale).

J'autorise mon employeur, le Preneur du contrat, La Capitale ou ses réassureurs ainsi que les représentants et prestataires de service à fournir, à recevoir et à échanger entre eux tous les 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 prestataires de service 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.

X

Signature de la personne adhérente ou, si mineure, de son représentant légal

Date : _____
AAAA/MM/JJ

9. SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

X

Signature

Date : _____
Année Mois Jour Téléphone

10. AVIS

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 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. 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, 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.

| | | |
|---|---|--|
| 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.