

CAMPAGNE DE CHOIX – RÉGIMES OPTIONNELS D'ASSURANCE COLLECTIVE

Ce formulaire doit être signé sur réception et remis à votre Service des ressources humaines ou des avantages sociaux au plus tard le 15 décembre 2017



La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
418 781-2831 ou 1 855 781-2831 • Télécopieur : 418 646-1313, adm.collectif@lacapitale.com

N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
006000		

1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PARTICIPANT

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Langue de correspondance : F A

Numéro de téléphone : _____

Date de naissance : _____ Sexe : M F
Année Mois Jour

État civil : célibataire OU marié ou uni civilement* conjoint de fait* divorcé* séparé* *depuis le _____
Année Mois Jour

2 – RÉGIMES

Vos régimes actuels

Des questions sur les régimes que vous détenez actuellement? Certains renseignements figurent sur votre carte de services. Vous pouvez également accéder à l'ensemble des renseignements contenus à votre dossier en adhérant aux services en ligne de l'assurance collective. Pour vous inscrire, si ce n'est déjà fait, accédez à l'Espace client sur notre site Internet au <https://www.lacapitale.com/fr>.

Régimes optionnels (Options I et II) – PARTICIPATION FACULTATIVE – durée minimale de participation de 36 mois consécutifs

NOUVEAUX CHOIX

Option I – maladie complémentaire

Option II – soins dentaires

Statut de protection

(Vous devez choisir un seul statut de protection pour les deux options. Ce choix sera conservé pour 36 mois)

individuel

monoparental (sans conjoint)

familial

IMPORTANT : Pour adhérer à un statut de protection familial ou monoparental pour les options I et II, vous devez détenir le même statut pour le régime d'assurance maladie de base, à moins d'en être exempté.

Régime optionnel d'assurance vie (Option III) – PARTICIPATION FACULTATIVE

NOUVEAUX CHOIX

VIE DE BASE DU PARTICIPANT : 1 fois le salaire annuel
(Obligatoire pour adhésion aux autres garanties d'assurance vie)

MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLE DU PARTICIPANT

VIE DE BASE DU CONJOINT OU DES ENFANTS À CHARGE

VIE ADDITIONNELLE DU PARTICIPANT :** ___ fois le salaire annuel (1 à 5 fois le salaire annuel)
(Adhésion conditionnelle à la participation à la garantie d'assurance vie de base)

fumeur

non-fumeur

VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT :** ___ tranches de 5 000 \$ (1 à 20 tranches de 5 000 \$)
(Adhésion conditionnelle à la participation à la garantie d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge)

fumeur

non-fumeur

**** Ces protections sont accordées suite à l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur. Veuillez compléter le formulaire « Déclaration d'assurabilité » P007 disponible sur lacapitale.com ou auprès de votre employeur.**

Vos nouveaux choix, s'il y a lieu, entreront en vigueur le 15 décembre 2017.

Ce formulaire doit être rempli, signé et remis à votre Service des ressources humaines ou des avantages sociaux au plus tard le 15 décembre 2017.

Après cette date, les règles habituelles du contrat s'appliqueront et des preuves d'assurabilité seront exigées.

3 – IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE (SI PROTECTION FAMILIALE OU MONOPARENTALE)					
	Sexe	Date de naissance		Sexe	Date de naissance
Conjoint : _____	<input type="checkbox"/>	_____	Enfant : _____	<input type="checkbox"/>	_____
		Année Mois Jour			Année Mois Jour
Enfant : _____	<input type="checkbox"/>	_____	Enfant : _____	<input type="checkbox"/>	_____
		Année Mois Jour			Année Mois Jour
Enfant : _____	<input type="checkbox"/>	_____	Enfant : _____	<input type="checkbox"/>	_____
		Année Mois Jour			Année Mois Jour
4 – DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE (POUR LES GARANTIES D'ASSURANCE VIE)					
<p>MISE EN GARDE : <u>Province de Québec</u> : 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. <u>Province de l'Ontario</u> : La désignation du conjoint légalement marié à titre de bénéficiaire est considérée révoicable 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.</p>					
Modification, s'il y a lieu : _____ <input type="checkbox"/> Révoicable <input type="checkbox"/> Irrévocable					
5 – DÉSIGNATION DU FIDUCIAIRE (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 : _____ Lien avec le participant : _____					
Adresse : N° Rue App. Ville Province Code postal					
6 – DÉCLARATION DU PARTICIPANT					
<p>J'accepte par les présentes les dispositions de la police 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 assurances et gestion du patrimoine inc. (ci-après appelée « La Capitale »).</p> <p>J'autorise mon employeur, le preneur du contrat, La Capitale ou ses réassureurs ainsi que les représentants et mandataires à fournir, à recevoir et à échanger entre eux tous 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 mandataires, lorsque requis, tous les renseignements ou autorisations permettant le traitement de mon dossier.</p> <p>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.</p>					
_____ Signature du participant ou, si mineur, de son représentant légal		_____ Téléphone		_____ Date	
Veillez noter que vos nouveaux choix entreront en vigueur le 15 décembre 2017 à l'exception des protections qui sont sujettes à l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur.					
7 – À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR					
_____ Signature de la personne responsable chez l'employeur		(_____) _____ Téléphone		_____ Date	
«Merci de vous assurer que la section 1 « Renseignements relatifs au participant » est entièrement remplie et que les numéros de groupe, d'employeur et d'identification sont bien indiqués.»					
Ce formulaire doit être rempli, signé et remis à votre Service des ressources humaines ou des avantages sociaux au plus tard le 15 décembre 2017.					
Après cette date, les règles habituelles du contrat s'appliqueront et des preuves d'assurabilité seront exigées.					

A V I S

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (ci-après appelée 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 mandataires 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 au siège social de La Capitale, dont l'adresse est indiquée ci-dessous.

Si vous désirez accéder à votre dossier, veuillez transmettre par écrit une demande au siège social de La Capitale 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.

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

625, rue Jacques-Parizeau
Case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9

Service à la clientèle

Téléphone : 418 781-2831
ou
1 855 781-2831