

## La Capitale assureur de l'administration publique inc.

625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9  
 418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur: 418 646-1313 • adm.collectif@lacapitale.com

N° DE GROUPES	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
009600 et 009620	0064	

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT			
NOM DU GROUPE		FMOQ - ACDQ - AOQ	N° D'EMPLOYÉ
NOM	PRÉNOM	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATE DE NAISSANCE A M J
ADRESSE	N° RUE	APP.	CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A
VILLE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE TRAVAIL	
ADRESSE COURRIEL <sup>1</sup>		Note 1 : En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à ma police d'assurance.	
ÉTAT CIVIL <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> MARIÉ OU UNI CIVILEMENT <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> VEUF <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> DIVORCÉ <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> SÉPARÉ <sup>2</sup>			
		NOTE 2 : DEPUIS LE : _____ A M J	
FONCTION ACTUELLE	TRAITEMENT ANNUEL	DATE D'ADMISSIBILITÉ A M J	

2- RÉGIMES		ADHÉSION	MODIFICATIONS	
			J'AJOUTE	J'ENLÈVE
<b>RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE</b> PROTECTION INDIVIDUELLE PROTECTION MONOPARENTALE (sans conjoint) PROTECTION COUPLE PROTECTION FAMILIALE EXEMPTION <sup>3</sup>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE</b> - ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT - ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE		1 x le traitement annuel <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE<sup>4</sup></b> - ASSURANCE VIE OPTIONNELLE DE L'ADHÉRENT - ASSURANCE VIE DE BASE POUR LE CONJOINT ET LES ENFANTS À CHARGE - ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT (La participation à cette garantie nécessite la participation à la garantie d'assurance vie de base du conjoint et d'assurance vie optionnelle de l'adhérent).		1 ou 2 x le traitement annuel <input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non-fumeur _____ x traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		de 1 à 5 x 10000\$ <input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non-fumeur _____ x 10 000\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IMPORTANT</b> Note 3 : 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. Note 4 : Ces protections sont sujettes à l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur. Veuillez remplir le formulaire « Déclaration d'assurabilité » P007.				
<b>SERVICE DE REMBOURSEMENT PAR DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ</b> <input type="checkbox"/> J'autorise La Capitale assureur de l'administration publique inc. à déposer mes prestations d'assurance maladie et/ou soins dentaires dans mon compte bancaire. (Veuillez compléter les informations bancaires ci-après, aucun spécimen de chèque n'est requis).				
_____ N° de succursale		_____ N° d'institution		_____ N° de compte

3- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE			
Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance
Conjoint: _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J
Enfant(s): _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J

4- NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE (POUR LES GARANTIES D'ASSURANCE VIE)		MISE EN GARDE: LA DÉSIGNATION D'UN BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE ENTRAÎNE DES CONSÉQUENCES IMPORTANTES, NOTAMMENT, SON CONSENTEMENT SERA NÉCESSAIRE POUR LE REMPLACER ET, S'IL EST D'ÂGE MINEUR, LE CONSENTEMENT DE SON TUTEUR DEVRA ÊTRE OBTENU.
DÉSIGNATION: _____		COCHÉZ VOTRE CHOIX
LIEN AVEC L'ADHÉRENT: _____		<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE
		<input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE

5- DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT		
« J'autorise la RAMQ à déduire de mon traitement les cotisations requises, La Capitale assureur de l'administration publique inc. (ci-après appelée 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, ainsi que 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 tout autre personne détenant des dossiers ou des renseignements médicaux à mon sujet, le cas échéant, à transmettre à La Capitale ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier.		
J'autorise également LaCapitale à communiquer ces renseignements aux personnes mentionnées ci-dessus lorsque nécessaire, dans le cadre de ses activités et du traitement de mon dossier. En cas de décès, j'autorise expressément le preneur, la RAMQ, 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.		
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.		
Signature de l'adhérent ou si mineur de son représentant légal	Téléphone	Date
(VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DE L'AVIS AU VERSO)		

6- SIGNATURE DU RESPONSABLE À LA RAMQ		
_____	_____	_____
	Téléphone	Date