

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

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

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom de l'employeur		N° de l'employé	
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)	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)	
<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"/> temporaire <input type="checkbox"/> autre : _____	
Fonction actuelle	Salaire annuel	Travail à temps	
	\$	<input type="checkbox"/> complet <input type="checkbox"/> partiel : _____% ou _____ heures/semaine	

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

Raison : _____ Date d'effet de l'évènement : _____
Mariage, divorce, union de fait, séparation de fait, adoption, naissance, décès, etc.

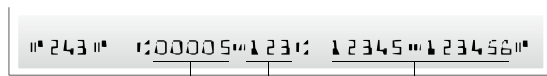
3. GARANTIES

IMPORTANT : Toutes les garanties obligatoires prévues au contrat vous seront accordées d'office. Veuillez consulter vos documents contractuels afin de connaître les garanties ainsi que les dispositions qui s'appliquent à votre contrat.

- ASSURANCE MALADIE (peut inclure les soins oculaires)**
Statut de protection² : Individuel Familial Monoparental Couple Exempté³
- ASSURANCE SOINS DENTAIRES**
Statut de protection² : Individuel Familial Monoparental Couple Exempté³
- COMPTE GESTION SANTÉ (CGS)**
Statut de protection² : Individuel Familial Monoparental Couple
- ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT (peut inclure l'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles)**
- ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE⁴**
- ASSURANCE VIE FACULTATIVE⁵**
 Adhérent : _____ \$ Conjoint : _____ \$ Enfant(s) à charge : _____ \$
- ASSURANCE MALADIES REDOUTÉES**
 Adhérent Conjoint Enfant(s) à charge
- ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE**
- ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE**

Note 2 : Veuillez consulter vos documents contractuels afin de connaître les statuts de protection offerts ainsi que les modalités qui s'appliquent à chacun, le cas échéant. | **Note 3 :** IMPORTANT – Pour être exempté des garanties d'assurance maladie et/ou soins dentaires, l'adhérent doit fournir à l'employeur la preuve qu'il est assuré en vertu d'un régime collectif d'assurance comportant une couverture similaire. | **Note 4 :** Lorsque prévue au contrat, cette garantie est obligatoire si le statut de protection est autre qu'individuel en assurance maladie, à moins de stipulation contraire dans les documents contractuels. | **Note 5 :** Ces protections sont sujettes à l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur. Veuillez remplir le formulaire *Déclaration d'assurabilité* et le retourner dûment rempli et signé.

- 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 vos coordonnées bancaires ci-dessous; aucun spécimen de chèque n'est requis).

	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> N° de succursale	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> N° de l'institution	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> N° du compte
---	--	---	--

4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle ⁶	À remplir dans le cas d'un enfant à charge de plus de 17 ou 20 ans, étudiant à temps plein ⁷	
		F	M			Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
Conjoint		<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 6 : Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.

Note 7 : Veuillez vérifier l'âge admissible selon votre contrat. 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 BÉNÉFICIAIRE(S) (pour les garanties d'assurance vie)

Révocable	Irrévocable	Prénom et nom	Pourcentage	Lien avec l'adhérent
<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 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 révoquable 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. 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 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 a la même valeur que l'original.

X _____ Date : _____
Signature de l'adhérent ou, si mineur, de son représentant légal AAAA/MM/JJ

9. SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

X _____ Date : _____
Signature Année Mois Jour Téléphone

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, 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.