

## 1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE

N° de groupe <b>0 0 9 9 9 5</b>			N° d'employeur			N° d'identification					
Nom du groupe <b>FÉDÉRATION AUTONOME DE L'ENSEIGNEMENT (enseignantes et enseignants)</b>						Nom de l'employeur			N° d'employé ou matricule		
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	
App.	N°, rue			Ville			Province	Code postal			
Adresse courriel <sup>1</sup>						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)			Salaire annuel (comme si 100 % du temps plein)			Travail à temps : <input type="checkbox"/> complet <input type="checkbox"/> partiel : _____ %		
----------------------------	--	--	-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

## 2. RAISON(S) DE LA (DES) MODIFICATION(S) (Veuillez vérifier les garanties et les protections prévues au contrat)

Congé sans solde, congé parental, maternité, mise à pied temporaire, naissance, mariage, etc

Date d'effet de l'évènement : \_\_\_\_\_ Date prévue du retour (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_  
 Je modifie les garanties de mon assurance collective (cocher toutes les garanties désirées à la section 3).  
 Je conserve toutes les garanties de mon assurance collective.  
 J'annule toutes les garanties de mon assurance collective, sauf la garantie d'assurance maladie (incluant l'assurance médicaments).

## 3. RÉGIMES

	J'adhère	J'enlève
<b>RÉGIME OBLIGATOIRE</b>		
<b>Assurance maladie</b> Durée minimale de participation Maladie 2 : 12 mois Maladie 3 : 24 mois Maladie 4 : 36 mois	<b>Choix unique de régime</b> <input type="checkbox"/> Maladie 1 <input type="checkbox"/> Maladie 2 <input type="checkbox"/> Maladie 3 <input type="checkbox"/> Maladie 4	<b>Choix de protection</b> <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale (sans conjoint) <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Exemption <sup>2</sup>
<b>Assurance salaire de longue durée<sup>3</sup></b> <b>Important</b> : Si vous êtes un retraité réembauché, il est probable qu'il soit avantageux de renoncer à l'Assurance salaire de longue durée (voir Note 3).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Assurance salaire de courte durée (si prévue au contrat)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE</b>		
<b>Assurance vie de la personne adhérente<sup>4</sup></b> : - Montant de base obligatoire : 10 000 \$ <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> J'exerce mon droit de retrait <sup>6</sup> à l'adhésion pour le premier 10 000 \$ d'assurance vie obligatoire de la personne adhérente. - Montants facultatifs : 25 000 \$, 50 000 \$, 75 000 \$, 100 000 \$, 125 000 \$, 150 000 \$, 175 000 \$, 200 000 \$, 225 000 \$ ou 250 000 \$ <sup>7</sup> - Statut de tabagisme : <input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non-fumeur		
<b>Assurance vie des personnes à charge</b> - Personne conjointe : 10 000 \$ - Enfant à charge : 5 000 \$ <sup>8</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Assurance vie additionnelle de la personne conjointe<sup>9</sup></b> - de 1 à 10 tranche(s) de 10 000 \$ - statut de tabagisme : <input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non-fumeur	Nombre de tranches : _____	_____

**Note 2** : Pour être exemptée du régime obligatoire d'assurance maladie, une preuve doit être fournie à l'employeur afin de confirmer que la personne adhérente est assurée en vertu d'un régime collectif d'assurance comportant des protections similaires. | **Note 3** : Pour renoncer au régime d'assurance salaire de longue durée, le formulaire Droit de renonciation au régime d'assurance salaire de longue durée doit être dûment rempli et signé, et la personne adhérente doit répondre aux conditions énumérées. | **Note 4** : Les montants de 25 000 \$ et 50 000 \$ sont disponibles sans preuves d'assurabilité durant les 30 premiers jours suivant la date d'admissibilité. Après le délai de 30 jours, des preuves d'assurabilité sont requises pour tous les montants d'assurance, sur réception du formulaire Déclaration d'assurabilité dûment rempli et signé. | **Note 5** : Le formulaire Déclaration d'assurabilité doit être dûment rempli et signé si le montant est ajouté en cours de contrat. | **Note 6** : Le délai pour exercer le droit de retrait est de 90 jours. Dans le cas où ce droit est exercé, aucun montant supplémentaire d'assurance vie de la personne adhérente ne peut être accordé. **Cette garantie ne peut être annulée après ce délai.** | **Note 7** : Ces montants ne s'additionnent pas au montant de base de 10 000 \$, celui-ci est déjà inclus dans les montants facultatifs. De plus, à compter de la date du 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de la personne adhérente, les montants qui excèdent 25 000 \$ seront réduits de 50 %. | **Note 8** : Dans le cas d'une protection monoparentale, le montant d'assurance est augmenté de 10 000 \$, divisé par le nombre d'enfants à charge. | **Note 9** : La garantie d'assurance vie des personnes à charge doit obligatoirement être détenue pour adhérer à cette garantie. Le formulaire Déclaration d'assurabilité doit être 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 les renseignements bancaires ci-dessous; aucun spécimen de chèque n'est requis).

					
N° de succursale	N° de l'institution	N° du compte	N° de succursale	N° de l'institution	N° du compte

#### 4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant à charge atteint d'une déficience fonctionnelle <sup>10</sup>	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 18 ans ou plus, étudiant à temps plein <sup>11</sup>	
		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 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 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 assureur de l'administration publique inc. (ci-après appelée « La Capitale »).

**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.

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.

 \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Signature de la personne adhérente ou, si mineur, de son représentant légal AAAA/MM/JJ Téléphone

#### 9. SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

 \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Signature AAAA/MM/JJ 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.

<b>Pour joindre le service à la clientèle :</b>	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 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.