

Beneva
625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856
Courriel : adm.collectif@beneva.ca

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

N° de groupe

006000

N° d'employeur

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

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PARTICIPANT

Nom du groupe COMITÉ PARITAIRE INTERSECTORIEL FTQ		Nom de l'employeur		N° d'employé ou matricule	
Nom		Prénom		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	
				☐ F ☐ M ☐ Français ☐ Anglais	
App.	N°, rue	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 assurance collective.

État civil		Depuis le (AAAA/MM/JJ)	
☐ célibataire ☐ marié(e) ou uni(e) civilement ☐ conjoint(e) de fait ☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e) ☐ séparé(e)			
Date d'emploi (AAAA/MM/JJ)	Date d'admissibilité (AAAA/MM/JJ)	Statut d'emploi	
		☐ permanent ☐ temporaire ☐ autre : _____	
Fonction actuelle	Salaire annuel (temps complet)	Travail à temps	
	_____ \$	☐ complet ☐ partiel : _____% ou _____ heures/semaine	

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

Raison : _____

Date d'effet de l'évènement : _____

Obtention d'un 1^{er} poste, mariage, divorce, congé parental, adoption, naissance, décès, etc.

Je désire :

☐ Modifier les régimes de mon assurance collective

☐ Conserver tous les régimes de mon assurance collective

☐ Annuler tous les régimes de mon assurance collective, à l'exception du régime d'assurance maladie de base

Date prévue du retour, s'il y a lieu : _____

3. RÉGIMES²

Régime d'assurance maladie de base - Obligatoire					
Pour le volet complet, la durée minimale de participation est de 36 mois	Choix de volet	Statut de protection			
	☐ Volet complet ☐ Volet réduit ☐ Exemption³	☐ Individuel ☐ Monoparental (sans conjoint) ☐ Familial			
		J'adhère	J'ajoute	J'enlève	
Régimes optionnels					
☐ Option I - assurance maladie complémentaire ☐ Option II - assurance soins dentaires	Statut de protection				
	☐ Individuel ☐ Monoparental (sans conjoint) ☐ Familial⁴	☐	☐	☐	
Pour chacune des options, la durée minimale de participation est de 36 mois et le statut de protection doit être identique pour l'option I et II.					
Option III - Régime optionnel d'assurance vie ⁵					
Assurance vie de base du participant ⁵ – 1 fois le salaire annuel		☐	☐	☐	
Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelle du participant – 1 fois le salaire annuel		☐	☐	☐	
Assurance vie du conjoint et des enfants à charge du participant ⁶ – Conjoint : 5 000 \$ – Enfant à charge : 2 500 \$		☐	☐	☐	
Assurance vie additionnelle ⁷ – Participant : 1 à 5 fois le salaire annuel – Conjoint : 1 à 20 tranches de 5 000 \$		☐ Fumeur ☐ Non-fumeur ☐ Fumeur ☐ Non-fumeur	____ x le salaire ____ tranche(s)	____ x le salaire ____ tranche(s)	____ x le salaire ____ tranche(s)

Note 2 : Les primes payables par le ou la participant(e) sont exigibles par l'Assureur qu'il y ait, ou non, versement d'une paie. L'Assureur peut suspendre les protections dans les 30 jours suivant la date d'échéance de toute prime impayée. | Note 3 : Afin de bénéficier du droit d'exemption, le participant doit fournir à son employeur la preuve que lui-même et ses personnes à charge, le cas échéant, sont protégés en vertu d'un régime d'assurance collective comportant une protection similaire. | Note 4 : Pour adhérer à un statut de protection familial ou monoparental pour les options I et II, le participant doit détenir le même statut dans le régime d'assurance maladie de base, à moins d'en être exempté. | Note 5 : La participation à cette garantie est obligatoire pour adhérer aux autres garanties d'assurance vie. | Note 6 : La participation à cette garantie est obligatoire pour adhérer à la garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint. | Note 7 : Pour adhérer à cette garantie, des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps. Veuillez remplir le formulaire *Déclaration d'assurabilité*.

☐ 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).

■■ 243 ■■

1100005

12311

12345

123456

N° de succursale

N° de l'institution

N° du compte

N° de succursale

N° de l'institution

N° du compte

Note 8 : Personne à charge: l'une ou l'autre des personnes suivantes: Conjoint légal / Enfant biologique de la personne assurée ou de la personne étant légalement reconnue comme son conjoint / Enfant dont la personne assurée a légalement la charge. | **Note 9 :** Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre. | **Note 10 :** La Capitale se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

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 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. **AUTRES PROVINCES QUE LE QUÉBEC** : une désignation 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 s'il consent par écrit à ce changement.

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.

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.

C6000-0F (2024-12)