

N° de groupe 0 0 9 9 9 5	N° d'employeur	N° d'identification
-----------------------------	----------------	---------------------

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom du groupe FÉDÉRATION AUTONOME DE L'ENSEIGNEMENT (enseignants)		Nom de l'employeur		N° d'employé ou matricule	
Nom		Prénom		Date de naissance Année Mois Jour	
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Langue : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais	N°, rue, app.		Ville	
Province	Code postal	Téléphone principal	Poste	Téléphone autre	Poste
Adresse courriel ¹				Note 1: En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à mon régime d'assurance.	
Date d'emploi Année Mois Jour		Date d'admissibilité Année Mois Jour		Salaire annuel (comme si 100 % du temps plein)	
				Travail à temps <input type="checkbox"/> complet <input type="checkbox"/> partiel : _____ %	
État civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié ou uni civilement ² <input type="checkbox"/> conjoint de fait ² <input type="checkbox"/> veuf ² <input type="checkbox"/> divorcé ² <input type="checkbox"/> séparé ² Note 2: Depuis le _____ Année Mois Jour					

2. RÉGIMES

		J'adhère	J'ajoute	J'enlève
RÉGIME OBLIGATOIRE	Assurance maladie Choix unique de régime Choix de protection Durée minimale de participation Maladie 1 : 12 mois Maladie 2 : 12 mois Maladie 3 : 24 mois <input type="checkbox"/> Maladie 1 <input type="checkbox"/> Maladie 2 <input type="checkbox"/> Maladie 3 – Individuelle – Monoparentale (sans conjoint) – Familiale – Exemption ³ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Assurance salaire de longue durée⁴ Important : Si vous êtes un retraité réembauché, il est probable qu'il soit avantageux de renoncer à l'Assurance salaire de longue durée (voir Note 4).	<input type="checkbox"/>		
	Assurance salaire de courte durée (si prévue au contrat)	<input type="checkbox"/>		
RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE	Assurance vie de la personne adhérente⁵ – Montant de base obligatoire : 10 000 \$ ⁶ <input type="checkbox"/> J'exerce mon droit de retrait ⁷ 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 \$ ⁸ – statut de tabagisme : <input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non-fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Assurance vie des personnes à charge – Personne conjointe : 10 000 \$ – Enfant à charge : 5 000 \$ ⁹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Assurance vie additionnelle de la personne conjointe¹⁰ – de 1 à 10 tranche(s) de 10 000 \$ – statut de tabagisme : <input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non-fumeur Nombre de tranches : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note 3 : 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 4 :** 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 l'adhérent doit répondre aux conditions énumérées. | **Note 5 :** 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 6 :** Le formulaire *Déclaration d'assurabilité* doit être dûment rempli et signé si le montant est ajouté en cours de contrat. | **Note 7 :** 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. | **Note 8 :** 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^e anniversaire de naissance de la personne adhérente, les montants qui excèdent 25 000 \$ seront réduits de 50 %. | **Note 9 :** 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 10 :** 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 compléter les informations bancaires ci-après, aucun spécimen de chèque n'est requis).

■■ 243 ■■ ■■■■■ 5 ■■ 231 ■■ 2345 ■■ 23456 ■■ N° de succursale N° de l'institution N° de compte	N° de succursale	N° de l'institution	N° de compte
---	------------------	---------------------	--------------

3. 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'événement : _____
Année Mois Jour

Date prévue du retour (s'il y a lieu) : _____
Année Mois Jour

- Je modifie les garanties de mon assurance collective (cocher à nouveau toutes les garanties désirées à la section 2)
 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)

