



11106

 Téléphone : (418) 644-4200
 1 800 463-4856
 Télécopieur : (418) 643-7323
 prest.inv@lacapitale.com


N° DE CONTRAT	N° DU SYNDICAT	N° DE MATRICULE
1 9703	2 2000	3

Déclaration de la personne assurée (remplir en lettres majuscules)

4 NOM	5 PRÉNOM
6 ADRESSE N° RUE APP.	VILLE CODE POSTAL
7 TÉLÉPHONE RÉSIDENT () -	8 TÉLÉPHONE TRAVAIL () -
9 SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	10 DATE DE NAISSANCE A M J

11 STATUT FISCAL célibataire <input type="checkbox"/> monoparental <input type="checkbox"/> marié ou conjoint de fait <input type="checkbox"/>	PERSONNES À CHARGE conjoint : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui enfants : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui → nombre : ____
12 Depuis votre arrêt de travail, avez-vous exercé une autre occupation? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui → Date de début : A M J	
13 L'invalidité résulte-t-elle d'un accident? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui → Décrire les circonstances, la date et le lieu.	

PROGRAMME	NON	SI OUI			SI REFUSÉE	
		À l'étude	Acceptée	Refusée	Avez-vous l'intention de contester cette décision? oui non	
Assurance emploi (DRHC) Si acceptée, date de début des prestations : A M J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME						
Régime des rentes du Québec (RRQ) ou Régime de pension du Canada (RPC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission administrative de régimes de retraite et d'assurances (CARRA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime de retraite privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres polices d'assurance collective :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTE : VEUILLEZ INCLURE UNE COPIE DE TOUTE DOCUMENTATION REÇUE DE CES ORGANISMES, INCLUANT L'AVIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS.
15 Déclaration

«Je certifie que les renseignements donnés ci-dessus sont complets et véridiques. J'autorise la personne responsable du régime d'assurance collective et La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. à utiliser mon numéro d'assurance sociale pour fins d'administration et/ou d'identification.

16 Autorisation

«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, le preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet, à fournir à La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'il ou qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier.

J'autorise également La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. 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, le syndicat, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, à fournir à La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. ou à ses mandataires lorsque requis, tous les renseignements ou autorisations permettant le traitement de mon dossier.»

Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, prolongation ou renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Attention

Les sections suivantes doivent être dûment remplies et signées :

Par la personne assurée

- déclaration de la personne assurée
- section supérieure de la déclaration remplie par le médecin traitant

Par le syndicat

- déclaration du syndicat

Par le médecin traitant

- déclaration du médecin traitant

Signature de la personne assurée

 A M J
 Date

1 Nom et adresse du syndicat : _____ 2 N° de contrat : _____
 _____ Code Postal N° du syndicat : _____
 Téléphone : () - Poste : _____

3 Nom du membre : _____ 4 Prénom du membre : _____

5 Occupation du membre : _____

6 Principales tâches du membre : _____

7 Date d'entrée au service de l'employeur : | | | | A | | | M | | | J | |

8 Numéro d'assurance sociale : | | | | | | | | | | | | | |

9 Salaire aux 14 jours au début de l'invalidité : Brut : _____ \$
 FÉDÉRAL PROVINCIAL

10 Exemptions fiscales personnelles : _____ \$ _____ \$

11 Temps plein Temps partiel : % du temps partiel travaillé _____ Sur appel Autre (précisez) : _____

12 Indiquez les jours de travail d'une semaine normale : L M M J V S D Horaire : de _____ à _____
 heure heure

13 Nombre d'heures travaillées dans une semaine régulière : _____

15 Dernier jour de travail : | | | | A | | | M | | | J | |

14 Nombre d'heures travaillées au cours de cette journée : _____

16 Date du premier jour d'absence au travail : | | | | A | | | M | | | J | |

17 Le membre est-il retourné au travail? non oui Date : | | | | A | | | M | | | J | |

18 L'invalidité est-elle attribuable à : un accident de travail? une maladie professionnelle?

19 Si l'adhérente est actuellement enceinte, une demande a-t-elle été ou sera-t-elle effectuée à la CSST en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail?
 non oui

20 Est-ce que l'invalidité coïncide avec :

un congédiement? non oui → date : | | | | A | | | M | | | J | |

une mise à pied? non oui → du | | | | A | | | M | | | J | | au | | | | A | | | M | | | J | | Date de l'avis : | | | | A | | | M | | | J | |

une abolition de poste? non oui → date : | | | | A | | | M | | | J | |

un congé sans solde? non oui → du | | | | A | | | M | | | J | | au | | | | A | | | M | | | J | |

autre : précisez : _____ du | | | | A | | | M | | | J | | au | | | | A | | | M | | | J | |

21 Au cours de la période d'invalidité, l'employeur a-t-il versé des sommes au membre? non oui

	Nature	Période	Montant
Si oui, précisez la nature, la période et le montant : (Ex. : vacances, congés de maladie, assurance emploi, etc.)	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

22 Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets, exacts et véridiques.

 Signature de la personne autorisée

| | | | A | | | M | | | J | |
 Date