La Capitale

11201

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
Édifice Le Delta 3, 2875, boul. Laurier, bureau 400, C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur : 418 646-1313 • adm.collectif@lacapitale.com

2000

ADHÉSION AU PROGRAMME D'ASSURANCE INVALIDITÉ

Syndicat des employés(es) de techniques professionnelles et de bureau d'Hydro-Québec SCFP, Section locale 2000

Nº DE CONTRAT	Nº DE SYNDICAT	Nº DE MATRICULE	N.A.S.
9703	2000		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM	PRÉNOM	SEXE ☐ M ☐ F	DATE DE NAISSANCE A M J
ADRESSE Nº RUE		APP.	CORRESPONDANCE ☐ F ☐ A
VILLE			CODE POSTAL

ÉTAT CIVIL

☐ CÉLIBATAIRE ☐ MARIÉ ☐ VEUF ☐ CONJOINT DE FAIT ☐ DIVORCÉ ☐ SÉPARÉ ☐ UNION CIVILE

DEPUIS LE _____ (A M J)

DATE D'EMPLOI (A M J)	TELEPHONE RÉSIDENCE ( )	TÉLÉPHONE TRAVAIL ( )

2- PROTECTIONS D'ASSURANCE OBLIGATOIRES

A) ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE ☑

B) ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE ☑

3- AUTORISATION

« J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les cotisations requises. Je comprends que ces renseignements seront traités de façon confidentielle par le Syndicat des employé(e)s de techniques professionnelles et de bureau d'Hydro-Québec, qu'ils seront consignés dans un dossier aux fins exclusives du programme d'assurance collective et que seul le personnel du Syndicat et de l'assureur pourra le consulter dans l'exercice de leurs fonctions.

Je comprends que je peux avoir accès à ce dossier en transmettant par écrit une demande à cet effet au personnel du Syndicat. Si l'un des renseignements me concernant était inexact, incorrect ou incomplet, je pourrais de la même façon en demander la rectification.

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. »

_____	( ) – _____	_____
Signature du membre	Téléphone	Date

4- SIGNATURE DU RESPONSABLE SYNDICAL

_____	( ) – _____	_____
	Téléphone	Date