

La Capitale assureur de l'administration publique inc.  
 625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9  
 418 644-4200 ou 1 800 463-4856  
 Télécopieur : 418 646-1313 • adm.collectif@lapitale.com

N° de groupe	N° d'employeur
0 0 9 9 0 0	
N° d'identification (sera fourni par l'Assureur au moment de l'adhésion)	

## 1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE RETRAITÉE

Nom du groupe <b>SYNDICAT DE PROFESSIONNELLES ET PROFESSIONNELS DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC</b>		Nom du ministère ou organisme avant la retraite	
Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
N°, rue, app.		Ville	Province
Code postal			
Téléphone principal	Poste	Téléphone (autre)	Salaire annuel avant la retraite
Date de la retraite (AAAA/MM/JJ)			
Adresse courriel <sup>1</sup>			

**Note 1 :** En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à ma police d'assurance.

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	

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

Raison : \_\_\_\_\_ Date d'effet de l'évènement : \_\_\_\_\_

## 3. RÉGIMES

	J'adhère	J'enlève
<b>Régime d'assurance maladie des personnes retraitées</b>		
<b>OBLIGATOIRE (si âgé de moins de 65 ans) :</b>		
– Protection individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Protection monoparentale (sans conjoint)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Protection familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Exempté <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>OPTIONNELLE (si âgé de 65 ans ou plus) :</b>		
Êtes-vous inscrit à la RAMQ ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
– Protection individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Protection monoparentale (sans conjoint)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Protection familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Exempté <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Assurance voyage – Durée de la protection :</b>		
– 182 jours ou tant que la personne est couverte par la RAMQ <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– 90 jours par voyage <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RÉGIMES OPTIONNELS<sup>5</sup></b>		
<b>Assurance vie de la personne retraitée âgée de moins de 60 ans<sup>6</sup> :</b>		
– 25 %, 50 %, 75 %, 100 %, 125 %, 150 %, 175 % ou 200 % <sup>6</sup>	%	%
<b>Assurance vie de la personne retraitée âgée de 60 ans ou plus<sup>6</sup> :</b>		
– De 60 à 64 ans : maximum 150 % <sup>7</sup>	%	%
– De 65 à 69 ans : maximum 100 % <sup>7</sup>	%	%
– De 70 à 74 ans : maximum 75 % <sup>7</sup>	%	%
– 75 ans ou plus : maximum 50 % <sup>7</sup>	%	%
<b>Assurance vie de base de la personne conjointe et des enfants à charge</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Assurance vie additionnelle de la personne conjointe de la personne retraitée</b>		
– Personne adhérente retraitée âgée de moins de 65 ans : 1 à 2 tranches de 10 000 \$	X 10 000 \$	X 10 000 \$
– Personne adhérente âgée de 65 ans ou plus : 10 000 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Note 2 :** Pour être exemptée du régime obligatoire d'assurance maladie, la personne adhérente doit fournir à l'Assureur la preuve qu'elle est assurée en vertu d'un régime collectif d'assurance comportant des protections similaires. | **Note 3 :** Ce choix doit être maintenu pendant une période minimale de 36 mois. | **Note 4 :** Ce choix est irrévocable. | **Note 5 :** Pour adhérer à l'une de ces garanties, la personne adhérente devait la détenir immédiatement avant sa retraite. | **Note 6 :** Si retenue, l'assureur paie au bénéficiaire le montant d'assurance vie selon l'âge de la personne adhérente, au moment de son décès, tel que stipulé dans son document de référence. | **Note 7 :** Du traitement annuel à la date de votre retraite, sans excéder le montant que vous déteniez juste avant votre retraite.

### 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    100005    1231    12345    123456			
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 F M	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle <sup>8</sup>	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 18 ans ou plus, étudiant à temps plein <sup>9</sup>	
					Début de session scolaire (AAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAA/MM/JJ)
Conjoint		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Enfant(s)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

**Note 8 :** Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre. | **Note 9 :** 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 BÉNÉFICIAIRE(S) (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 révoquable 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. MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME

- Accord de débits préautorisés (DPA) – Personnel** (Si ce mode de paiement est choisi, veuillez joindre un spécimen de chèque)

**Caractéristiques des débits** – Ceci est un DPA à montant variable. Vous, le payeur, autorisez La Capitale à porter au débit du compte bancaire indiqué les montants nécessaires en paiement de la prime, des taxes, ainsi que des frais applicables, s'il y a lieu, à votre police d'assurance. Votre fréquence de prélèvement correspondra à votre fréquence de facturation. Le prélèvement s'effectuera 15 jours après la production de votre facture. Vous autorisez aussi La Capitale à présenter à nouveau une demande de prélèvement dans les 10 jours suivant la non-acceptation du prélèvement initial. Dans ce cas, des frais d'administration pourraient s'appliquer à un prochain prélèvement.

**Renonciation** – Par le présent Accord, je renonce à recevoir les préavis suivants :

- 1) d'une autorisation avant le traitement du premier prélèvement;
- 2) de tout prélèvement subséquent;
- 3) et des changements du montant ou de la date du prélèvement apportés à ma demande ou à celle de la compagnie.

**Annulation** – Je peux révoquer mon autorisation sur signification d'un préavis de 30 jours. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca). Je comprends que La Capitale peut résilier le présent accord par écrit, avec un préavis de 30 jours.

**Recours et remboursement** – En cas de contestation d'un DPA, je conviens d'en informer La Capitale.

Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours, vous pouvez communiquer avec votre institution financière ou visiter [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).

X

Signature du titulaire du compte

Date : \_\_\_\_\_

AAAA/MM/JJ

X

Signature du deuxième titulaire du compte, si requise

Date : \_\_\_\_\_

AAAA/MM/JJ

- Retraite Québec**

Si vous êtes une personne retraitée des secteurs public ou parapublic québécois, un prélèvement peut être effectué à même votre rente de retraite. Étant prestataire de Retraite Québec, j'autorise cet organisme à déduire de mon chèque de pension les cotisations requises jusqu'à avis contraire de ma part.

X

Signature du cotisant

Date : \_\_\_\_\_

AAAA/MM/JJ

N° d'assurance sociale (NAS) (obligatoire pour adhérer à ce mode de paiement)

- Veuillez me facturer mensuellement** (paiement par chèque)

X

Signature du titulaire du compte

Date : \_\_\_\_\_

AAAA/MM/JJ

## 9. AUTORISATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE RETRAITÉE

« **J'autorise** La Capitale assureur de l'administration publique inc. (ci-après appelée La Capitale) à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins d'administration. De plus, **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, tout employeur ou ancien employeur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet, le cas échéant, à fournir à La Capitale ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier.

**J'autorise** également La Capitale 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, 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 de la présente police, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

X

Signature de la personne adhérente retraitée

Date : \_\_\_\_\_

AAAA/MM/JJ

## 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.

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.

<b>Pour joindre le service à la clientèle :</b>	Téléphone : 418 644-4200	La Capitale assureur de l'administration publique inc.
	Sans frais : 1 800 463-4856	625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500
	Courriel : <a href="mailto:adm.collectif@lacapitale.com">adm.collectif@lacapitale.com</a>	Québec (Québec) G1K 8X9 • <a href="http://lacapitale.com">lacapitale.com</a>

Le présent formulaire peut être transmis à l'Assureur par la poste, par télécopieur 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.