

N° de groupe 0 0 9 8 0 0	N° d'employeur
N° d'identification	

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT RETRAITÉ

Nom du groupe PROFESSIONNELLES ET PROFESSIONNELS NON SYNDIQUÉS DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC ET DES ORGANISMES AFFILIÉS		Nom du ministère ou organisme avant la retraite	
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
Adresse courriel ¹		Téléphone autre	Poste
Note 1: En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à ma police d'assurance.		Date de la retraite Année Mois Jour	Salaire annuel avant la retraite
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

		Adhésion	Modifications	
			J'ajoute	J'enlève
ASSURANCE MALADIE	▪ OBLIGATOIRE (si âgé de moins de 65 ans):			
	– Individuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Monoparental (sans conjoint)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Exempté ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ OPTIONNELLE (si âgé de 65 ans ou plus):			
	– Individuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Monoparental (sans conjoint)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Exempté ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ Assurance voyage – Durée de la protection:			
	– Tant que la personne assurée est couverte par la RAMQ ⁴	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	– 90 jours par voyage ⁵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RÉGIMES OPTIONNELS ⁶	▪ Assurance vie de la personne adhérente âgée de moins de 60 ans⁷:			
	– 25 %, 50 %, 75 %, 100 %, 125 %, 150 %, 175 % ou 200 % ⁷	_____ %		_____ %
	▪ Assurance vie de la personne adhérente âgée de 60 ans ou plus⁷:			
	– de 60 à 64 ans : maximum 150 % ⁸	_____ %		_____ %
	– de 65 à 69 ans : maximum 100 % ⁸	_____ %		_____ %
	– de 70 à 74 ans : maximum 75 % ⁸	_____ %		_____ %
	– 75 ans ou plus : maximum 50 % ⁸	_____ %		_____ %
	▪ Assurance vie de base des personnes à charge	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	▪ Assurance vie additionnelle de la personne conjointe			
	– personne adhérente retraitée âgée de moins de 65 ans : de 1 à 2 tranches de 10 000 \$			
	– personne adhérente retraitée âgée de 65 ans ou plus : 10 000 \$			
	Nombre de tranches :	_____		_____
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Note 3: 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 4:** Cette protection doit obligatoirement être maintenue pour une période de 3 ans et sera réduite à 90 jours par voyage à la date du 80^e anniversaire de l'adhérent retraité. | **Note 5:** Aucun changement de la durée de protection possible par la suite. | **Note 6:** Pour adhérer à l'une de ces garanties, la personne adhérente devait la détenir immédiatement avant sa retraite. | **Note 7:** Si retenue, l'assureur paie au bénéficiaire le montant d'assurance vie selon l'âge de l'adhérent, au moment de son décès, tel que stipulé dans son document de référence. | **Note 8:** 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 compléter les informations bancaires ci-après, aucun spécimen de chèque n'est requis).

243	100005	12345	123456			
N° de succursale	N° de l'institution	N° du compte	N° de succursale	N° de l'institution	N° de compte	

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

Date d'effet : _____
Année Mois Jour

4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe M F	Date de naissance (AA/MM/JJ)	Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle ⁹	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 18 ans ou plus étudiant à temps plein ¹⁰	
					Début de session scolaire (AA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AA/MM/JJ)
Conjoint		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Enfant(s)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

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.

5. RETRAIT DE PERSONNES À CHARGE

Veuillez remplir la section 2 si vous désirez modifier votre protection et nous indiquer la raison de la modification à la section 3.

Prénom et nom	Prénom et nom
---------------	---------------

6. DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRE(S) (pour les garanties d'assurance vie)

Révocable	Irrévocable	Prénom et nom	Lien avec l'adhérent
<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 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 l'adhérent. 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 révocable à moins de stipulation contraire de l'adhérent. 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 retenu, 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.

Renoncation – 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, et
- 3) 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. Je comprends que l'Assureur 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 visitez www.paiements.ca.

X

Signature du titulaire du compte

Date:

Année	Mois	Jour

X

Signature du deuxième titulaire du compte si requise

Date:

Année	Mois	Jour

- Retraite Québec** – (Si vous êtes une personne retraitée des secteurs public et 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 contribuant

Date:

Année	Mois	Jour

Nº 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:

Année	Mois	Jour

9. AUTORISATION DE L'ADHÉRENT RETRAITÉ

« **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 ex-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 l'adhérent

Date:

Année	Mois	Jour

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.

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

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.