

- ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE**
 MODIFICATION(S) À L'ASSURANCE COLLECTIVE
 CONJOINT SURVIVANT
 MEMBRE ASSOCIÉ

RETOURNER CE FORMULAIRE À :

AREF – Secrétariat
C. P. 34009, Québec (Québec) G1G 6P2
1 888 513-2494 – aref-neq.ca – secretariat@aref-neq.ca

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE DOSSIER D'ASSURANCE

N° de groupe	N° de membre AREF – Réserve à l'usage de l'AREF	N° d'identification à La Capitale	
Nom du groupe ASSOCIATION DES RETRAITÉES ET RETRAITÉS DE L'ENSEIGNEMENT DE LA FNEEQ (AREF)			
Renseignements relatifs au moment de la retraite			
N° de l'employeur	Nom de l'employeur	Date de la retraite	Salaire annuel avant la retraite
		Année Mois Jour	

2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

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 ma police d'assurance.		
État civil		Note 2: Depuis le			
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié ou uni civilement ² <input type="checkbox"/> Conjoint de fait ² <input type="checkbox"/> Divorcé ² <input type="checkbox"/> Séparé ² <input type="checkbox"/> Veuf ²		Année Mois Jour			

3. RENSEIGNEMENTS SUR UN CONTRAT COLLECTIF ANTÉRIEUR

- Je suis ou j'étais assuré par La Capitale. Numéro du dernier contrat avec La Capitale : _____
- J'ai été assuré par un autre contrat d'assurance collective. (Veuillez joindre une copie des documents récents attestant vos protections incluant les montants d'assurance vie.) Date de terminaison : _____
- Année Mois Jour

4. GARANTIES

ASSURANCE MALADIE	J'adhère	Je modifie	J'enlève	Raison de la modification : _____
Protection individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Protection familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Date de l'événement : _____
				Année Mois Jour

ASSURANCE VIE DE BASE	J'adhère	J'enlève	ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE	J'adhère	J'enlève
DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (obligatoire pour adhérer aux autres garanties d'assurance vie)			Si âgée de moins de 70 ans : de 1 à 10 tranches de 5 000 \$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moins de 65 ans : 1 x le salaire annuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si âgée de 70 ans ou plus : de 1 à 8 tranches de 5 000 \$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65 ans ou plus : 5 000 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
DES PERSONNES À CHARGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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 ⑈	⑈ 0000 5 ⑈	⑈ 231 ⑈	⑈ 2345 ⑈	⑈ 23456 ⑈	_____	_____	_____
N° de succursale	N° de l'institution	N° du compte	N° de succursale	N° de l'institution	N° de compte		

5. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe M F	Date de naissance (AA/MM/JJ)	Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle ³	À remplir dans le cas d'un enfant à charge de plus de 17 ou 20 ans, étudiant à temps plein ⁴	
					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"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

Note 3: Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.

Note 4: Veuillez vérifier l'âge admissible selon votre contrat. La Capitale se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

6. RETRAIT DE PERSONNES À CHARGE

Veuillez remplir la section 4 si vous désirez modifier votre protection et nous indiquer la raison de cette modification à cette même section.

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

7. DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRES (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 révoquable 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.

8. DÉSIGNATION DU FIDUCIAIRE (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.

Nom	Prénom		
N° , rue, app.	Ville	Province	Code postal

9. MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME

Accord de débits préautorisés (DPA) – Personnel (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, et 3) des changements du montant ou de la date du prélèvement apportés à votre 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 visiter 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 titulaire

Date: _____
Année Mois Jour

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

Veuillez me facturer mensuellement (paiement par chèque)

X

Signature du titulaire

Date: _____
Année Mois Jour

10. AUTORISATION DE L'ADHÉRENT

«J'autorise 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, 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, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le Preneur 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 prestataires de service tous les renseignements nécessaires au traitement de mon dossier. La présente autorisation est également valide, advenant mon décès, à l'égard de toute personne ou organisation détenant des renseignements requis par La Capitale, ou ses prestataires de service, et qui sont 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.»

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.

X

Signature de l'adhérent

Date: _____
Année Mois Jour

11. 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. 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, C. P. 1500
Québec (Québec) G1K 8X9
lacapitale.com