



## 6. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle <sup>4</sup>	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de plus de 18 ans, étudiant à temps plein <sup>5</sup>	
		F	M			Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
Conjoint		<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 4 :** Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.

**Note 5 :** La Capitale se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

## 7. RETRAIT DE PERSONNES À CHARGE

Veuillez remplir la section 5 si vous désirez modifier votre protection et nous indiquer la raison de cette modification à la section 4.

Prénom et nom	Prénom et nom	Date d'effet (AAAA/MM/JJ)

## 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 ma rente 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 L'ADHÉRENT

**J'autorise** La Capitale assureur de l'administration publique inc. à utiliser, aux fins administratives, les renseignements contenus dans cette demande, y compris mon numéro d'assurance sociale.

**Je certifie** que les renseignements inscrits sur cette demande sont exacts et complets. De plus, je reconnais avoir pris connaissance de l'avis ci-bas concernant les dossiers et les renseignements personnels et avoir conservé copie du présent formulaire.

X

Signature de la personne retraitée

Date : \_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ

## 10. SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE L'APRFAE

X

Signature du représentant de l'APRFAE

Date : \_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ

## 11. AVIS

La Capitale assureur de l'administration publique inc. (ci-après appelée La Capitale) désire vous aviser que les renseignements recueillis lors de la présente transaction seront versés à votre dossier dont l'objet est « Assurance collective ». 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. Sauf les exceptions prévues à la loi, aucune autre personne n'aura accès à votre dossier sans votre autorisation. Le dossier sera conservé au siège social de La Capitale, dont l'adresse est indiquée ci-dessous.

Si vous désirez accéder à votre dossier, veuillez transmettre par écrit une demande à l'attention du responsable de l'accès à l'information, Direction de l'administration. Si l'un des renseignements personnels vous concernant était inexact, incorrect ou incomplet, vous pourriez de la même façon en demander la rectification.

<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>

Veuillez conserver une copie et transmettre l'original à l'APRFAE.