

ADHÉSION À L'ASSURANCE

 MODIFICATION(S) À L'ASSURANCE

La Capitale assureur de l'administration publique inc.

625, rue Jacques-Parizeau, Case postale 16040, Succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 9Z9  
Télécopieur: 418 780-9489 ou 1 855 896-9489  
ventesdirect@lacapitale.com

N° DE POLICE  
**003992**

RÉSERVÉ À LA CAPITALE	
N° D'IDENTIFICATION	

#### 1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU TITULAIRE

NOM			PRÉNOM			
DATE DE NAISSANCE	A	M	J	SEXE	LANGUE DE CORRESPONDANCE	TÉLÉPHONE
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A		
ADRESSE	N°	RUE		APP.		
VILLE	PROVINCE			CODE POSTAL		
ADRESSE COURRIEL <sup>1</sup>				1. En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à ma police d'assurance ainsi qu'au programme de promotion de la santé VIVA inclus à cette même police.		
ÉTAT CIVIL						
<input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> MARIÉ OU UNI CIVILEMENT <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> VEUF <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> DIVORCÉ <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> SÉPARÉ <sup>2</sup> 2. DEPUIS LE : _____						
A M J						

#### 2- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À UN CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE ANTÉRIEUR

Je suis ou j'étais assuré par La Capitale assureur de l'administration publique inc. (La Capitale).

Numéro du dernier contrat avec La Capitale : \_\_\_\_\_

Date de fin d'emploi ou de terminaison de votre assurance collective : \_\_\_\_\_

Je ne suis ou n'étais pas assuré par La Capitale (Veuillez joindre, s'il y a lieu, un document démontrant que vous avez été couvert par une assurance maladie collective et que cette assurance est terminée depuis moins de 60 jours.)

Si vous faites votre demande de souscription plus de 60 jours après la date indiquée ci-dessus, veuillez remplir le formulaire « Déclaration d'assurabilité » et le joindre au présent formulaire.

#### 3- CHOIX DE PROTECTION, DE RÉGIME ET DU BLOC COMPLÉMENTAIRE OPTIONNEL (✓)

**Note importante :** Le titulaire devra conserver le régime choisi pour la durée minimale de participation indiquée ci-dessous. Cette période débutera à compter de la date d'effet du régime et aucun changement ne sera possible avant le 1<sup>er</sup> janvier suivant ladite période. Toutefois, certains événements de vie peuvent permettre de revoir le régime sans égard à la durée minimale.

PROTECTION	RÉGIMES	ADHÉSION	MODIFICATION
<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Monoparentale	<b>Base</b> (durée minimale de participation : <b>24 mois</b> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Intermédiaire</b> (durée minimale de participation : <b>36 mois</b> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Supérieur</b> (durée minimale de participation : <b>36 mois</b> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### BLOC COMPLÉMENTAIRE OPTIONNEL

Lors du choix de votre régime, vous avez la possibilité d'adhérer au **Bloc complémentaire optionnel**. Les protections du Bloc complémentaire optionnel sont indissociables et s'ajoutent au régime choisi (Base, Intermédiaire, Supérieur), selon la même protection (individuelle, familiale ou monoparentale).

Je désire adhérer au **Bloc complémentaire optionnel** (durée minimale de participation : 24 mois)

#### PROTECTIONS

– **Coordination du remboursement des médicaments avec le régime provincial (franchise et coassurance), selon la coassurance prévue à votre régime actuel pour la protection Médicaments** (Base, Intermédiaire, Supérieur)

#### – Soins oculaires

Frais remboursés à 100 % – Maximum de remboursement de 150 \$ / 24 mois pour lunettes, verres, lentilles et 50 \$ / 24 mois pour examen de la vue

#### – Soins dentaires

Frais remboursés à 80 % – Maximum de remboursement de 500 \$ / année civile pour l'ensemble de ces soins :

- Soins préventifs : 1 examen par période de 9 mois consécutifs
- Restauration de base
- Restauration majeure

3. Si le conjoint est ou était couvert par un contrat d'assurance collective autre que celui indiqué à la section 2, le titulaire doit joindre une preuve de cette couverture si celle-ci a pris fin dans les 30 derniers jours. Si le conjoint n'était couvert par aucun contrat d'assurance collective, il doit remplir le formulaire « Déclaration d'assurabilité » et le joindre au présent formulaire.

#### 4- IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

Prénom – Conjoint	Nom – Conjoint	Sexe	Date de naissance	Prénom – Enfant(s)	Nom – Enfant(s)	Sexe	Date de naissance	Étudiant <sup>4</sup>	Déficience fonctionnelle <sup>5</sup>
		M F	A M J			M F	A M J		
		<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"/>	<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"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Veuillez remplir le formulaire « Renseignements relatifs aux personnes à charge » disponible sur le site Internet de La Capitale à l'adresse [lacapitale.com/formulaires](http://lacapitale.com/formulaires) et dans l'Espace client, section « Assurance collective » et le joindre au présent formulaire.

5. Veuillez remplir le formulaire « Statut d'enfant à charge atteint d'invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle » disponible sur le site Internet de La Capitale à l'adresse [lacapitale.com/formulaires](http://lacapitale.com/formulaires) et dans l'Espace client, section « Assurance collective » et le joindre au présent formulaire.

## 5- MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME

### A. ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA) – Personnel

**Renseignements concernant le compte bancaire :** Veuillez joindre un spécimen de chèque.

Je, soussigné, autorise La Capitale assureur de l'administration publique inc. (La Capitale) à porter au débit du compte bancaire figurant sur le spécimen de chèque ci-joint les montants mensuels fixes requis pour le paiement des primes payables à La Capitale. Le prélèvement sera effectué 15 jours suivant l'émission de la facture.

Vous recevrez un préavis d'au moins dix (10) jours avant la date du premier DPA vous confirmant le montant et la date des DPA. Cet accord peut être annulé sur réception par La Capitale d'un préavis d'au moins trente (30) jours avant la date prévue du prochain DPA. De plus, vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord de DPA. 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.

Pour obtenir un formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur le droit d'annulation du présent accord et vos droits de recours, vous pouvez communiquer avec La Capitale ou visiter le site internet au [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).

**Signature(s) selon les exigences visant les retraits de ce compte :**

\_\_\_\_\_

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

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

### B. RETRAITE QUÉBEC (Si vous êtes une personne retraitée des secteurs publics et parapublics québécois, un prélèvement peut être effectué à même votre rente de retraite.)

Étant prestataire de Retraite Québec, j'autorise cet organisme à déduire mensuellement de mon chèque de pension les cotisations requises jusqu'à avis contraire de ma part.

**Numéro d'assurance sociale (NAS) :** \_\_\_\_\_

**OBLIGATOIRE** pour adhérer à ce mode de paiement

**Signature du titulaire :** \_\_\_\_\_

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

## 6- AUTORISATION DU TITULAIRE

« **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, 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, 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 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 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.

\_\_\_\_\_  
Signature du titulaire

\_\_\_\_\_  
Téléphone

\_\_\_\_\_  
Date

(VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DE L'AVIS CI-DESSOUS)

## 7- IDENTIFICATION DU CONSEILLER (s'il y a lieu)

NOM

PRÉNOM

CODE

# 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 figurant sur ce formulaire.

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 ou sans frais: 1 800 463-4856

[adm.collectif@lacapitale.com](mailto:adm.collectif@lacapitale.com) • [lacapitale.com](http://lacapitale.com)

La Capitale assureur de l'administration publique inc.  
625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9