

La Capitale assureur de l'administration publique inc.

625, rue Jacques-Parizeau, Case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9  
418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur : 418 646-1313 • adm.collectif@lacapitale.com

ADHÉSION  MODIFICATION(S)

N° DE POLICE	N° D'IDENTIFICATION
003998	

### 1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU TITULAIRE

NOM		PRÉNOM	
DATE DE NAISSANCE	A M J	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	LANGUE DE CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A
ADRESSE	N° RUE	APP.	TÉLÉPHONE
VILLE	CODE POSTAL		DATE DE FIN D'EMPLOI OU DE TERMINAISON
ÉTAT CIVIL <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> MARIÉ OU UNI CIVILEMENT* <input type="checkbox"/> VEUF* <input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT* <input type="checkbox"/> DIVORCÉ* <input type="checkbox"/> SÉPARÉ* * DEPUIS LE : _____			
A M J			

### 2- JE DÉSIRE UNE PROTECTION

Individuelle  Familiale

### 3- IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

Prénom – Conjoint	Nom – Conjoint	Sexe M F	Date de naissance A M J	Prénom – Enfant(s)	Nom – Enfant(s)	Sexe M F	Date de naissance A M J	Étudiant <sup>1</sup>	Déficience fonctionnelle <sup>2</sup>
		<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"/>

1. 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.

2. 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.

### 4- MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME

#### A. RETRAITE QUÉBEC

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: \_\_\_\_\_

#### B. VEUILLEZ ME FACTURER MENSUELLEMENT

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

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

#### C. 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: \_\_\_\_\_

## 5- DÉCLARATION 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.

**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.

De plus, **je déclare** que tous les renseignements donnés dans cette proposition sont complets et véridiques sachant qu'ils sont la base sur laquelle la police doit être établie. »

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)

## AVIS

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. Sauf les exceptions prévues à la loi, aucune autre personne n'aura accès à votre dossier sans votre autorisation. Le dossier sera conservé à l'adresse 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.

En adhérant à un contrat de La Capitale, vos nom et adresse seront inclus à notre fichier de clients de manière à vous offrir un meilleur service et à vous faire part des nouveaux produits conçus pour répondre à vos besoins. Si vous désirez que vos coordonnées n'apparaissent pas sur notre liste de distribution, vous devrez nous en informer au moyen d'une demande écrite ou verbale.

### Pour joindre le service à la clientèle

Téléphone : 418 644-4200 ou sans frais : 1 800 463-4856  
adm.collectif@lacapitale.com • lacapitale.com

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