

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 À L'ASSURANCE COLLECTIVE

MODIFICATION(S) À L'ASSURANCE COLLECTIVE

TRANSMIS PAR LE PORTAIL

N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
005492		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT RETRAITÉ

NOM DU GROUPE Les avocats et notaires de l'État québécois	NOM DE L'EMPLOYEUR AVANT LA RETRAITE	DATE DE LA RETRAITE A M J
NOM	PRÉNOM	SEXES <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ADRESSE N° RUE	APP.	LANGUE DE CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A
VILLE	CODE POSTAL	DATE DE NAISSANCE A M J
ADRESSE COURRIEL ¹	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE	

Note 1: En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à ma police d'assurance.

ÉTAT CIVIL
 CÉLIBATAIRE MARIÉ OU UNI CIVILEMENT² VEUF² CONJOINT DE FAIT² DIVORCÉ² SÉPARÉ²

NOTE 2: DEPUIS LE : _____ A M J

2- RÉGIMES

	ADHÉSION	MODIFICATIONS	
		J'AJOUTE	J'ENLÈVE
ASSURANCE MALADIE			
- OBLIGATOIRE (retraité âgé de moins de 65 ans)			
INDIVIDUEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MONOPARENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FAMILIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXEMPTÉ (Joindre copie de la preuve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- FACULTATIF (retraité âgé de 65 ans ou plus)			
INDIVIDUEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MONOPARENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FAMILIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXEMPTÉ (Joindre copie de la preuve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÊTES-VOUS INSCRIT À LA RAMQ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
ASSURANCE VIE			
- VIE DE BASE DU RETRAITÉ:			
25 % DE MON TRAITEMENT ANNUEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 % DE MON TRAITEMENT ANNUEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75 % DE MON TRAITEMENT ANNUEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100 % DE MON TRAITEMENT ANNUEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- VIE DE BASE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE: (conjoint et enfant(s) admissibles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT (Si vous déteniez cette garantie avant votre retraite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVICE DE REMBOURSEMENT PAR DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ			
J'autorise La Capitale assureur de l'administration publique inc. (La Capitale) à déposer mes prestations d'assurance maladie dans mon compte bancaire. (Veuillez indiquer les renseignements bancaires ci-dessous. Aucun spécimen de chèque n'est requis.)			
_____	_____	_____	_____
N° de succursale	N° d'institution	N° de compte	

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

CONGÉ SANS SOLDE, CONGÉ PARENTAL, MATERNITÉ, MISE À PIED TEMPORAIRE, NAISSANCE, MARIAGE, ETC.

A) JE MODIFIE LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE (COCHER TOUTES LES GARANTIES DÉSIRÉES À LA SECTION 2)

B) JE CONSERVE TOUTES LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE

C) J'ANNULE TOUTES LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE, SAUF LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE (INCLUANT L'ASSURANCE MÉDICAMENTS)

DATE D'EFFET DE L'ÉVÉNEMENT A M J	DATE PRÉVUE DU RETOUR (S'IL Y A LIEU) A M J
--------------------------------------	--

4- 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 ³	Déficience fonctionnelle ⁴
		<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"/>

Note 3: Veuillez remplir le formulaire « Renseignements relatifs aux personnes à charge » disponible sur le site Internet de La Capitale à l'adresse lacapitale.com/formulaires et dans l'Espace client, section « Assurance collective » et le joindre au présent formulaire.

Note 4: Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.

5- DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE (POUR LES GARANTIES D'ASSURANCE VIE)

RÉVOCABLE IRRÉVOCABLE

MISE EN GARDE - 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. **PROVINCE DE L'ONTARIO:** La désignation du conjoint légalement marié à titre de bénéficiaire est considérée révoquée 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.

PRÉNOM ET NOM: _____ LIEN AVEC L'ADHÉRENT: _____

6- 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.

PRÉNOM ET NOM: _____

ADRESSE	N°	RUE	APP.	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
---------	----	-----	------	-------	----------	-------------

7- 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 de l'adhérent: _____ Date: _____

B. PAIEMENT PAR CHÈQUE (sur réception de votre facture)**C. ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA) – Personnel**

Veillez remplir le formulaire ci-joint (GE036-EXPR-6-ADH).

8- DÉCLARATION 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, 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 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 prestataires de service 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.

Signature de l'adhérent

Téléphone

Date

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 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 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