

- ADHÉSION À L'ASSURANCE  
 MODIFICATION(S) À L'ASSURANCE

RETOURNER CE FORMULAIRE À :

AQRP

5400, boul. des Galeries, bureau 111, Québec (Québec) G2K 2B4

418 683-2288 ou 1 800 653-2747

Télécopieur : 418 683-9567 • secretariat@aqrp.qc.ca

N° de groupe					
0	0	3	9	9	7

N° de membre AQRP			

Réservé à l'usage de La Capitale	
N° d'identification	

## 1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU TITULAIRE

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
N°, rue, app.		Ville		
Province	Code postal	Téléphone		
Adresse courriel <sup>1</sup>				
État civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié ou uni civilement <input type="checkbox"/> conjoint de fait <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> séparé				Depuis le (AAAA/MM/JJ)

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

## 2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DERNIER CONTRAT OU AU PRODUIT DE TRANSFORMATION ACTUEL

- Je suis ou j'étais assuré par un régime collectif d'assurance maladie.

N° du contrat : \_\_\_\_\_ Assureur : \_\_\_\_\_

N° d'identification si assuré à La Capitale : \_\_\_\_\_ Date de terminaison du contrat : \_\_\_\_\_  
 AAAA/MM/JJ

Si votre assureur est autre que La Capitale administrateur de l'administration publique inc. (La Capitale), joindre un document démontrant que vous avez été couvert par un régime collectif d'assurance maladie avec la date de terminaison ainsi que le nom de chacune des personnes assurées. Si vous faites votre demande de souscription plus de 60 jours après la date de terminaison du contrat, veuillez remplir le formulaire « Déclaration d'assurabilité » et le joindre au présent formulaire.

- Je n'étais assuré par aucun contrat d'assurance au cours des 60 derniers jours. Remplir le formulaire « Déclaration d'assurabilité » pour chacune des personnes à assurer.

## 3. RAISON(S) DE LA (DES) MODIFICATION(S)

Raison : \_\_\_\_\_ Date d'effet de l'évènement : \_\_\_\_\_  
 AAAA/MM/JJ

## 4. CHOIX DE PROTECTION

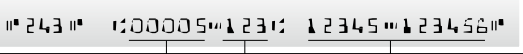
Je désire une protection :  Individuelle    Familiale<sup>2</sup>

**Note 2 :** Si la ou les personnes à charge sont ou étaient assurées par un contrat autre que celui indiqué à la section 2, joindre une preuve des garanties détenues si celles-ci ont pris fin dans les 30 derniers jours.

Si la ou les personnes à charge n'étaient assurées par aucun contrat d'assurance indiqué à la section 2 ou si elles détenaient un contrat d'assurance s'étant terminé il y a plus de 30 jours, elles doivent remplir le formulaire « Déclaration d'assurabilité » et le joindre au présent formulaire.

- 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 inscrire les renseignements bancaires ci-dessous; aucun spécimen de chèque n'est requis).

					
N° de succursale	N° de l'institution	N° du compte	N° de succursale	N° de l'institution	N° du compte

## 5. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe F M	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant à charge atteint d'une déficience fonctionnelle <sup>3</sup>	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 18 ans ou plus, étudiant à temps plein <sup>4</sup>	
					Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/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"/>		
		<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 :** La Capitale se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

## 6. 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

## 7. AUTORISATION DU TITULAIRE

« **J'autorise** La Capitale assureur de l'administration publique inc. (ci-après appelée 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 qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ancien 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 mandataires, 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 bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, à fournir à La Capitale ou à ses mandataires lorsque requis, tous les renseignements ou autorisations permettant le 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 du titulaire

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

AAAA/MM/JJ

## 8. 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 ou à l'exécution de leur mandat. 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](mailto:adm.collectif@lacapitale.com)

La Capitale assureur de l'administration publique inc.  
625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500  
Québec (Québec) G1K 8X9 • [lacapitale.com](http://lacapitale.com)

Le présent formulaire peut être transmis à l'Assureur par la poste, par télécopieur ou par courriel aux coordonnées inscrites ci-dessus.

Si vous n'avez pas transmis le document original, assurez-vous de le conserver en lieu sûr en cas de contrôle.

Il est à noter que l'Assureur peut exiger le document original en tout temps aux fins de vérification.