

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 5 8 4 4	N° de membre de l'AQRP	N° d'identification
------------------------------------	------------------------	---------------------

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom du groupe ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES RETRAITÉ(E)S DES SECTEURS PUBLIC ET PARAPUBLIC				
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	
Adresse courriel ¹	Téléphone principal	Poste	Téléphone (autre)	Poste

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

État civil					Depuis le (AAAA/MM/JJ)				
<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				

2. TRANSFERT DE PROTECTION

POUR LA OU LES PERSONNES QUI ÉTAIENT COUVERTES PAR UNE ASSURANCE VIE COLLECTIVE AU COURS DES 60 DERNIERS JOURS ET QUI DÉSIRENT TRANSFÉRER LEUR PROTECTION SANS PREUVES D'ASSURABILITÉ (des preuves d'assurabilité seront exigées pour tout montant excédentaire) :

Assurance terminée le : _____
 AAAA/MM/JJ

OU

Je mettrai fin à mon assurance sur réception de mon acceptation de transfert par l'assureur. L'assurance prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception de ladite demande ainsi que la preuve de couverture actuelle.

Dans les deux cas, joindre une copie des documents récents attestant la couverture de cette protection (numéro de contrat, montant d'assurance). Pour l'adhérent, le montant ainsi transféré sera arrondi au 5 000 \$ supérieur, sans toutefois excéder le maximum prévu en fonction de l'âge en vertu de ce contrat.

POUR LA OU LES PERSONNES QUI N'ÉTAIENT PAS COUVERTES PAR UNE ASSURANCE VIE COLLECTIVE AU COURS DES 60 DERNIERS JOURS OU QUI NE DÉSIRENT PAS TRANSFÉRER LE MONTANT DE PROTECTION : Remplir le formulaire de Déclaration d'assurabilité pour chacune des personnes à assurer. Il est entendu que cette demande est sujette à l'acceptation de La Capitale.

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

Raison : _____ Date d'effet de l'événement : _____
 AAAA/MM/JJ

4. GARANTIES

	J'adhère	J'enlève
Assurance vie de l'adhérent²		
- de moins de 75 ans : de 1 à 16 tranche(s) de 5 000 \$	Nombre de tranches : _____	_____
- de 75 ans ou plus : de 1 à 8 tranche(s) de 5 000 \$	Nombre de tranches : _____	_____
Assurance vie des personnes à charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note 2 : Si retenue, l'assureur paie au bénéficiaire le montant d'assurance vie selon l'âge de l'adhérent au moment de son décès, tel que stipulé dans son document de référence.

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 ³	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 18 ans ou plus, étudiant à temps plein ⁴	
					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"/>		

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. RETRAIT DE PERSONNES À CHARGE

Veuillez remplir la section 4 si vous désirez modifier votre protection et nous indiquer la raison de cette modification à la section 3.

Prénom et nom	Prénom et nom
---------------	---------------

7. DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRES (pour les garanties d'assurance vie)

Révocable	Irrévocable	Prénom et nom	Pourcentage	Lien avec l'adhérent
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

MISE EN GARDE : Si des pourcentages sont indiqués, ceux-ci doivent totaliser au maximum 100 %. Si aucun pourcentage n'est précisé, la prestation d'assurance vie sera partagée en parts égales entre les bénéficiaires désignés. **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. **AUTRES PROVINCES QUE LE QUÉBEC** : une désignation 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.

8. DÉSIGNATION DU FIDUCIAIRE POUR UN BÉNÉFICIAIRE MINEUR (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			
No, rue, app.	Ville	Province	Code postal

9. 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. 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.

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 contribuant

Date : _____

AAAA/MM/JJ
(obligatoire)

N° d'assurance sociale (NAS)
pour adhérer à ce mode de paiement

- Veillez me facturer mensuellement** (paiement par chèque)

X

Signature du titulaire du compte

Date : _____

AAAA/MM/JJ

10. AUTORISATION DE L'ADHÉRENT

« 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 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 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 preneur, l'employeur, 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 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.

X

Signature de l'adhérent

Date : _____

AAAA/MM/JJ

11. 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	La Capitale assureur de l'administration publique inc.
	Sans frais : 1 800 463-4856	625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500
	Courriel : adm.collectif@lacapitale.com	Québec (Québec) G1K 8X9 • lacapitale.com

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