

RETOURNER CE FORMULAIRE À:
AQRP

5400, boul. des Galeries, bureau 111, Québec (Québec) G2K 2B4
Téléphone : 418 683-2288 • Sans frais : 1 800 653-2747
Télécopieur : 418 683-9567 • secretariat@aqrp.qc.ca

Perspective

Assurance maladie et soins de santé

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

N° de police
0 0 3 9 9 2

N° de membre AQRP

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

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU TITULAIRE

Nom		Prénom		Date de naissance		
				Année	Mois	Jour
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Langue : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais	N°, rue, app.		Ville		
Province	Code postal	Téléphone principal	Poste	Téléphone autre	Poste	
Adresse courriel ¹				Note 1: En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à ma police d'assurance ainsi qu'aux initiatives santé VIVA incluses à cette même police.		
État civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié ou uni civilement ² <input type="checkbox"/> conjoint de fait ² <input type="checkbox"/> veuf ² <input type="checkbox"/> divorcé ² <input type="checkbox"/> séparé ²				Note 2: Depuis le		
				Année	Mois	Jour

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 : _____
Année Mois Jour

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 suis **actuellement** assuré par un produit de transformation en assurance maladie individuelle obtenu à la terminaison d'un régime d'assurance collective et incluant une assurance voyage d'une durée minimale de 30 jours. Joindre une preuve des garanties détenues datant d'au plus 60 jours.

Nom du produit : _____ Assureur : _____

L'assurance prendra effet 30 jours suivant la date de signature de ce formulaire ou, si des preuves d'assurabilité sont requises, à la date d'acceptation de celles-ci.

3. CHOIX DE PROTECTION, DE RÉGIME ET DU BLOC COMPLÉMENTAIRE OPTIONNEL

	J'adhère	J'enlève
Durée minimale de participation ³		
Régime de base : 24 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime intermédiaire et supérieur : 36 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choix unique de régime		
<input type="checkbox"/> Régime de base		
<input type="checkbox"/> Régime intermédiaire		
<input type="checkbox"/> Régime supérieur		
Choix de protection		
– Individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Monoparentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Familiale ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BLOC COMPLÉMENTAIRE OPTIONNEL⁵ (durée minimale de participation : 24 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note 3 : Le titulaire devra conserver le régime choisi pour la durée minimale de participation indiquée ci-dessus. Cette période débutera à compter de la date d'effet du régime et aucun changement ne sera possible avant le 1^{er} janvier suivant ladite période. Toutefois, certains événements de vie peuvent permettre de revoir le régime sans égard à la durée minimale. | **Note 4 :** 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. | **Note 5 :** 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).

- 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 compléter les informations bancaires ci-après, aucun spécimen de chèque n'est requis).

2 4 3	1 0 0 0 0 5	1 2 3 1	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 6			
N° de succursale	N° de l'institution	N° du compte	N° de succursale	N° de l'institution	N° du compte		

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

Naissance ou adoption d'un enfant, séparation ou divorce, décès du conjoint ou d'une personne à charge, terminaison de l'admissibilité du dernier enfant à charge, durée minimale de participation terminée, etc.

Date d'effet de l'événement : _____
Année Mois Jour

5. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe		Date de naissance (AA/MM/JJ)	Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle ⁶	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 21 ans ou plus, étudiant à temps plein ⁷	
		M	F			Début de session scolaire (AA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AA/MM/JJ)
Conjoint		<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 6 : Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.
Note 7 : 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 3 si vous désirez modifier votre protection et nous indiquer la raison de cette modification à la section 4.

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

7. MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME

Accord de débits préautorisés (DPA) – Personnel (Si ce mode de paiement est retenu, 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.

Renoncation – 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, et 3) 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 l'Assureur 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 visitez www.paiements.ca.

X

Signature du titulaire du compte

Date: _____
Année Mois Jour

X

Signature du deuxième titulaire du compte si requise

Date: _____
Année Mois Jour

Retraite Québec (Si vous êtes une personne retraitée des secteurs public et 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 mon chèque de pension les cotisations requises jusqu'à avis contraire de ma part.

X

Signature du contribuant

Date: _____
Année Mois Jour

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

8. 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.

X

Signature du titulaire

Date: _____
Année Mois Jour

Téléphone _____

9. 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

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