

Vos Choix Aon, Solution santé pour retraités

Veillez envoyer cette proposition dûment remplie à l'adresse ou aux numéros indiqués ci-dessous

Envoi postal ou par télécopieur :

La Capitale assureur de l'administration publique inc.

625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9

Tél. : +1.418.781.7640 ou 1.844.580.7640 | Téléc. : +1.418.780.9489 ou 1.855.896.9489

Envoi par courriel : perspective@lacapitale.com

- ☐ Souscription à l'assurance
☐ Modifications à l'assurance

Réservé à La Capitale

No. de police No. d'identification

103999

Veillez entrer le mot de passe fourni par votre employeur lors de l'accès au site Mot de passe :

Cette assurance est complémentaire au régime public d'assurance maladie et d'assurance médicaments de votre province de résidence. Les personnes qui souscrivent l'assurance doivent s'inscrire au régime public, si offert.

1. Renseignements relatifs au titulaire

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance (aa/mm/jj) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____

Langue de correspondance : ☐ F ☐ A Téléphone : Résidence : _____ Autre : _____

État civil : ☐ Célibataire ☐ Marié ou uni civilement* ☐ Conjoint de fait* ☐ Divorcé * ☐ Séparé* ☐ Veuf* * Depuis le (aa/mm/jj) : _____

2. Renseignements relatifs à un contrat d'assurance collective antérieur

Je suis ou j'étais assuré par un contrat d'assurance collective.

Numéro du dernier contrat d'assurance collective : _____ Date de terminaison de votre assurance collective (aa/mm/jj) : _____

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 indiquée ci-dessus, veuillez remplir le formulaire « Déclaration d'assurabilité » et le joindre au présent formulaire.

3. Choix de statut de protection, de module et garanties

Note importante : Le titulaire devra conserver le module choisi pour la période minimale de participation indiquée ci-dessous. Cette période débutera à compter de la date d'effet du module et aucun changement ne sera possible avant le 1er janvier suivant ladite période. Toutefois, l'atteinte de l'âge de 65 ans ou le changement d'état civil tel que stipulé au contrat peuvent permettre de revoir le choix de module sans égard à la période minimale de participation.

Statut de protection
☐ Individuel ☐ Couple ¹

Modules – Vous devez choisir un seul de ces modules :
Classique (période minimale de participation : 24 mois) ☐
Préférence (période minimale de participation : 36 mois) ☐
Excellence (période minimale de participation : 36 mois) ☐

¹ Si le conjoint est ou était couvert par un contrat d'assurance collective autre que celui indiqué à la section 2, le titulaire doit joindre une preuve de cette couverture si celle-ci a pris fin dans les 30 derniers jours. Si le conjoint n'était couvert par aucun contrat d'assurance collective, il doit remplir le formulaire « Déclaration d'assurabilité » et le joindre au présent formulaire.

Le module choisi est applicable aux garanties d'assurance vie de base du titulaire, d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires lorsque celui-ci est choisi au moment de la souscription. Ces garanties sont indissociables.

Garanties :

Garanties incluses dans chacun des modules : Garantie d'assurance vie de base du titulaire, Garantie d'assurance maladie

Garanties optionnelles :

Garantie d'assurance soins dentaires² (même période minimale de participation que le module choisi) ☐

Garantie d'assurance vie facultative du titulaire³ ☐ de 1 à 20 tranches de 10 000 \$ – Montant total désiré : _____ \$

Garantie d'assurance vie facultative du conjoint³ ☐ de 1 à 20 tranches de 10 000 \$ – Montant total désiré : _____ \$

² Dans le cas où le titulaire ne choisit pas cette garantie au moment de la souscription, celle-ci ne peut en aucun temps être ajoutée par la suite.

³ Ces protections sont sujettes à l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur. Veuillez remplir le formulaire « Déclaration d'assurabilité ».



4. Identification du conjoint (protection couple)

Prénom : _____

Nom : _____

Sexe : ☐ M ☐ F

Date de naissance (aa/mm/jj) : _____

5. Désignation du ou des bénéficiaires (pour les garanties d'assurance vie)

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 du titulaire. 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.

Nom et prénom	Lien avec le titulaire	Pourcentage ⁴	Révocable	Irrévocable
		%	☐	☐
		%	☐	☐
		%	☐	☐

⁴ Les pourcentages indiqués doivent totaliser 100 %. Si aucun pourcentage n'est précisé, la prestation d'assurance vie sera partagée en parts égales entre les bénéficiaires désignés.

6. 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.

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____

7. Mode de paiement de la prime

A. Accord de débits préautorisés (DPA) – Personnel (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, 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.

Signature du titulaire du compte _____

Date _____

Signature du deuxième titulaire du compte si requise _____

Date _____

B. 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.

Numéro d'assurance sociale (NAS) : _____

(Obligatoire pour adhérer à ce mode de paiement)

Signature du titulaire

Date

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, 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.

Signature du titulaire

Téléphone

Date

Je consulterai la version électronique de la police en accédant aux services en ligne Espace client et je ne souhaite pas recevoir la version papier du document.



Veillez envoyer cette proposition dûment remplie à l'adresse ou aux numéros indiqués ci-dessous

Envoi postal ou par télécopieur :

La Capitale assureur de l'administration publique inc.

625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9

Tél. : +1.418.781.7640 ou 1.844.580.7640 | Téléc. : +1.418.780.9489 ou 1.855.896.9489

Envoi par courriel : perspective@lacapitale.com

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. Le dossier sera conservé à l'adresse figurant sur ce formulaire.

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.

Veillez conserver une copie pour vos dossiers et transmettre l'original à La Capitale.