

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

625, rue Jacques-Parizeau, Case postale 16040, Succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 9Z9
418 528-9995 ou 1 866 612-3473 • Télécopieur : 418 643-8597 ou 1 866 375-9780
ventesdirect@lacapitale.com

N° DE POLICE
003992

RÉSERVÉ À LA CAPITALE

N° D'IDENTIFICATION

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU TITULAIRE

NOM			PRÉNOM			
DATE DE NAISSANCE	A	M	J	SEXE	LANGUE DE CORRESPONDANCE	TÉLÉPHONE
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A		
ADRESSE	N°	RUE		APP.		
VILLE	PROVINCE			CODE POSTAL		
ADRESSE COURRIEL*				* En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à ma police d'assurance ainsi qu'au programme de promotion de la santé VIVA inclus à cette même police.		
ÉTAT CIVIL						
<input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> MARIÉ OU UNI CIVILEMENT* <input type="checkbox"/> VEUF* <input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT* <input type="checkbox"/> DIVORCÉ* <input type="checkbox"/> SÉPARÉ* * DEPUIS LE : _____ <div style="text-align: right;">A M J</div>						

2- RENSEIGNEMENTS SUR UN CONTRAT COLLECTIF ANTÉRIEUR

- Je suis ou j'étais assuré par La Capitale assurance et gestion du patrimoine inc. (La Capitale).
 Numéro du dernier contrat avec La Capitale : _____
 Date de fin d'emploi ou de terminaison de votre assurance collective : _____

A M J
- Je ne suis ou n'étais pas assuré par La Capitale (Veuillez joindre, s'il y a lieu, un document démontrant que vous avez été couvert par une assurance maladie collective et que cette assurance est terminée depuis moins de 60 jours.)

3- CHOIX DE PROTECTION, DE RÉGIME ET DU BLOC COMPLÉMENTAIRE OPTIONNEL (✓)

Note importante : Le titulaire devra conserver le régime choisi pour la durée minimale de participation indiquée ci-dessous. 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.

PROTECTION	RÉGIMES	ADHÉSION	MODIFICATION
<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale	Base (durée minimale de participation : 24 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intermédiaire (durée minimale de participation : 36 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Supérieur (durée minimale de participation : 36 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOC COMPLÉMENTAIRE OPTIONNEL

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).

- Je désire adhérer au **Bloc complémentaire optionnel** (durée minimale de participation : 24 mois)

PROTECTIONS

- **Coordination du remboursement des médicaments avec le régime provincial (franchise et coassurance), selon la coassurance prévue à votre régime actuel pour la protection Médicaments** (Base, Intermédiaire, Supérieur)
- **Soins oculaires**
Frais remboursés à 100 % – Maximum de remboursement de 150 \$ / 24 mois pour lunettes, verres, lentilles et 50 \$ / 24 mois pour examen de la vue
- **Soins dentaires**
Frais remboursés à 80 % – Maximum de remboursement de 500 \$ / année civile pour l'ensemble de ces soins :
 - Soins préventifs : 1 examen par période de 9 mois consécutifs
 - Restauration de base
 - Restauration majeure

4- IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

Prénom – Conjoint	Nom – Conjoint	Sexe	Date de naissance	Prénom – Enfant(s)	Nom – Enfant(s)	Sexe	Date de naissance	Étudiant ¹	Déficience fonctionnelle ²
		M F	A M J			M F	A M J		
		<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"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. 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.

2. Veuillez remplir le formulaire « Statut d'enfant à charge atteint d'invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle » 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.

5- 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 du titulaire: _____

Date: _____

B. VEUILLEZ ME FACTURER MENSUELLEMENT

Signature du titulaire: _____

Date: _____

C. ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA) – Personnel

Renseignements concernant le compte bancaire: Veuillez joindre un spécimen de chèque.

Je, soussigné, autorise La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (La Capitale) à porter au débit du compte bancaire figurant sur le spécimen de chèque ci-joint les montants mensuels fixes requis pour le paiement des primes payables à La Capitale. Le prélèvement sera effectué 15 jours suivant l'émission de la facture.

Vous recevrez un préavis d'au moins dix (10) jours avant la date du premier DPA vous confirmant le montant et la date des DPA. Cet accord peut être annulé sur réception par La Capitale d'un préavis d'au moins trente (30) jours avant la date prévue du prochain DPA. De plus, vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord de DPA. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord.

Pour obtenir un formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur le droit d'annulation du présent accord et vos droits de recours, vous pouvez communiquer avec La Capitale ou visiter le site internet au www.cdnpay.ca.

Signature(s) selon les exigences visant les retraits de ce compte:

Date: _____

Date: _____

6- DÉCLARATION 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.

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.

De plus, **je déclare** que tous les renseignements donnés dans cette proposition sont complets et véridiques sachant qu'ils sont la base sur laquelle la police doit être établie. »

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

(VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DE L'AVIS CI-DESSOUS)

7- IDENTIFICATION DU CONSEILLER (s'il y a lieu)

NOM

PRÉNOM

CODE

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 assurances et gestion du patrimoine inc.
625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9