

RETOURNER CE FORMULAIRE À :

AREF - Secrétariat
C. P. 34009, Québec (Québec) G1G 6P2
1 888 513-2494 – aref-neq.ca – secretariat@aref-neq.ca

- ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE
 MODIFICATION(S) À L'ASSURANCE COLLECTIVE
 CONJOINT SURVIVANT
 MEMBRE ASSOCIÉ

N° de groupe 0 0 1 0 1 1	N° de membre AREF – Réserve à l'usage de l'AREF	N° d'identification à La Capitale (requis seulement lors d'une modification)
Nom du groupe ASSOCIATION DES RETRAITÉES ET RETRAITÉS DE L'ENSEIGNEMENT DE LA FNEEQ (AREF)		

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE

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
App.	N°, rue	Ville		
Province	Code postal	Téléphone principal	Poste	Téléphone (autre)
Adresse courriel ¹				
État civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) ou uni(e) civilement <input type="checkbox"/> conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e)				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 À LA RETRAITE (lors de l'adhésion initiale seulement)

Nom de l'employeur actuel	Date de la retraite (AAAA/MM/JJ)	Salaire annuel avant la retraite
<input type="checkbox"/> Je suis ou j'étais assuré par La Capitale :		N° d'identification à La Capitale
Si vous étiez assuré en tant que personne à charge, veuillez nous fournir les renseignements suivants sur la personne adhérente :		Nom
		Prénom
		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
<input type="checkbox"/> Je suis ou j'étais assuré par un autre contrat d'assurance collective.		Date de terminaison : _____
(Veuillez joindre une copie des documents récents attestant vos protections incluant les montants d'assurance vie).		AAAA/MM/JJ

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

Raison : _____ Date d'effet de l'événement : _____
Mariage, divorce, union de fait, séparation de fait, adoption, naissance, décès, etc. AAAAA/MM/JJ

4. GARANTIES

Assurance maladie		
Choix d'option d'assurance voyage <input type="checkbox"/> Option 60 jours ² <input type="checkbox"/> Option 182 jours ³	Je désire terminer ma protection d'assurance maladie <input type="checkbox"/>	
Choix de protection <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale		
		J'adhère J'enlève
Assurance vie de base de la personne adhérente⁴		
Moins de 65 ans : 1 x le salaire annuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65 ans ou plus : 10 000 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance vie de base des personnes à charge⁵		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance vie additionnelle de la personne adhérente		Indiquer le nombre total de tranches souhaitées
Moins de 70 ans (maximum de 15 tranches) :	_____	x 5 000 \$
70 ans ou plus (maximum de 8 tranches) :	_____	x 5 000 \$
Assurance vie additionnelle de la personne conjointe		Indiquer le nombre total de tranches souhaitées
Moins de 70 ans (maximum de 15 tranches) :	_____	x 5 000 \$
70 ans ou plus (maximum de 8 tranches) :	_____	x 5 000 \$

Toute demande d'adhésion doit être présentée dans les 30 jours suivant la date à laquelle la personne retraitée devient admissible. Le choix de ne pas adhérer est irrévocable. Les montants de protection choisis ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux montants détenus immédiatement avant la date de la retraite. Le montant d'assurance vie payable au décès de la personne assurée tiendra compte de toute réduction liée à l'âge applicable après l'adhésion initiale. | **Note 2 :** Si vous choisissez l'option 60 jours, il ne sera plus possible de prendre l'option 182 jours par la suite. Ce choix est irrévocable. | **Note 3 :** Cette option est disponible seulement au moment de l'adhésion initiale. | **Note 4 :** Obligatoire pour adhérer aux autres garanties d'assurance vie. | **Note 5 :** Obligatoire pour adhérer à la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

5. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe F M	Date de naissance (AAAA/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	
					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 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

Veillez remplir la section 5 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. 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

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)

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

Veuillez me facturer mensuellement (paiement électronique ou par chèque)

X

Signature du titulaire du compte

Date : _____
AAAA/MM/JJ

10. AUTORISATION DE LA PERSONNE RETRAITÉE

« 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 de la personne retraitée

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	Beneva
	Sans frais : 1 800 463-4856	625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500
	Courriel : adm.collectif@beneva.ca	Québec (Québec) G1K 8X9 • beneva.ca

Veillez conserver une copie et transmettre l'original à l'AREF.