beneva par La Capitale

APRFAE
ASSOCIATION DE PERSONNES RETRAITÉES DE LA FAE

○ **ADHÉSION À L'ASSURANCE**
○ **COLLECTIVE MODIFICATION(S) À L'ASSURANCE COLLECTIVE**

RETOURNER CE FORMULAIRE À :
APRFAE
8550, boul. Pie-IX, bureau 100
Montréal (Québec) H1Z 4G2
assurances@aprfae.ca

Envoyer

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE DOSSIER D'ASSURANCE

Nº de groupe	Réservé à l'usage de l'APRFAE		Nº d'identification à La Capitale
1 0 9 9 9 5	No de membre APRFAE	Date de réception (AAAA/MM/JJ)	

Nom du groupe
ASSOCIATION DE PERSONNES RETRAITÉES DE LA FÉDÉRATION AUTONOME DE L'ENSEIGNEMENT

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU MOMENT DE LA RETRAITE

No. de l'employeur	Nom de l'employeur	Date de la retraite (AAAA/MM/JJ)	Salaire annuel avant la retraite

2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe	Langue
			○ F ○ M	○ Français ○ Anglais

App.	N°, rue	Ville

Province	Code postal	Téléphone principal	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.

État civil — Depuis le (AAAA/MM/JJ)

○ célibataire ○ marié ou uni civilement ○ conjoint de fait ○ veuf ○ divorcé ○ séparé

3. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DERNIER CONTRAT

○ Je suis ou j'étais assuré par un régime collectif d'assurance maladie.

Nº du contrat : _____ Assureur : _____

Nº d'identification si assuré à La Capitale : _____ Date de terminaison du contrat : _____ (AAAA/MM/JJ)

Si votre assureur est autre que La Capitale assureur 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 90 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 en vertu de l'assurance maladie individuelle obtenue 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 90 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.

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

Raison : _____ Date d'effet de l'évènement : _____ (AAAA/MM/JJ)

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.

5. RÉGIMES

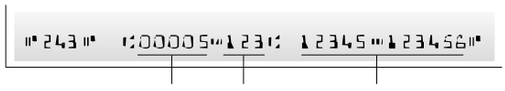
ASSURANCE MALADIE[2]

Veuillez indiquer votre choix unique de régime :	Veuillez indiquer votre choix de protection :
○ Bloc Minimal	○ Protection individuelle
○ Bloc Médian (durée minimale de participation : **36 mois**)	○ Protection monoparentale[3]
○ Bloc Optimal (durée minimale de participation : **36 mois**)	○ Protection familiale[3]

Note 2 : 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 l'expiration de la durée minimale de participation. Toutefois, certains événements de vie peuvent permettre de revoir le régime sans égard à la durée minimale. | **Note 3 :** Si la ou les personnes à charge sont ou étaient assurées par un contrat autre que celui indiqué à la section 3, 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 3 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.

☐ 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).



N° de succursale | N° de l'institution | N° du compte

N° de succursale | N° de l'institution | N° du compte

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

6. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe F M	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle[4]	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de plus de 18 ans, étudiant à temps plein[5]	
					Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
Conjoint		☐ ☐				
Enfant(s)		☐ ☐		☐		
		☐ ☐		☐		
		☐ ☐		☐		

Note 4: Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.
Note 5: La Capitale se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

7. RETRAIT DE PERSONNES À CHARGE

Veuillez 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	Date d'effet (AAAA/MM/JJ)

8. 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 _____ Date : _____
Signature du titulaire du compte — AAAA/MM/JJ

X _____ Date : _____
Signature du deuxième titulaire du compte, si requise — 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 _____ Date : _____ | | | | | | | | | |
Signature du cotisant — AAAA/MM/JJ — N° d'assurance sociale (NAS) (**obligatoire** pour adhérer à ce mode de paiement)

☐ **Veuillez me facturer mensuellement** (paiement par chèque)

X _____ Date : _____
Signature du titulaire du compte — AAAA/MM/JJ

9. AUTORISATION DE L'ADHÉRENT

J'autorise La Capitale assureur de l'administration publique inc. à utiliser, aux fins administratives, les renseignements contenus dans cette demande, y compris mon numéro d'assurance sociale.

Je certifie que les renseignements inscrits sur cette demande sont exacts et complets. De plus, je reconnais avoir pris connaissance de l'avis ci-bas concernant les dossiers et les renseignements personnels et avoir conservé copie du présent formulaire.

X _____ Date : _____
Signature de la personne retraitée — AAAA/MM/JJ

10. SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE L'APRFAE

X _____ Date : _____
Signature du représentant de l'APRFAE — AAAA/MM/JJ

Veuillez transmettre une copie signée à l'APRFAE à l'adresse postale ou par courriel en utilisant le bouton ENVOYER au haut de ce formulaire. Veuillez conserver une copie pour vos dossiers.

11. AVIS

La Capitale assureur de l'administration publique inc. (ci-après appelée 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 au siège social de La Capitale, dont l'adresse est indiquée 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.

Pour joindre le service à la clientèle :
Téléphone : 418 644-4200
Sans frais : 1 800 463-4856
Courriel : adm.collectif@beneva.ca

Beneva
625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9 • beneva.ca