

Télécopieur : 1 888 780-2376  
 Courrier : Administration  
 C. P. 790, succursale B  
 Montréal (Québec) H3B 3K6

**1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT**

N° de police 28000

Type de demande – Faire un seul choix parmi les suivants :

- Adhésion du nouveau retraité – précisez votre n° d'assurance sociale (obligatoire)
- Adhésion du conjoint survivant – précisez votre n° d'assurance sociale (obligatoire)   
 Précisez la date de décès de l'assuré principal (obligatoire)  A  M  J
- Modification – précisez votre n° de certificat \_\_\_\_\_  
 (Indiquer votre nom complet et fournir uniquement les informations qui doivent être modifiées ou ajoutées.)

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal   
 N° Rue App. Ville Province

Date d'effet du changement d'adresse (s'il y a lieu)  A  M  J

Date de naissance :  A  M  J Sexe :  Masculin  Féminin Langue :  Français  Anglais

Date de retraite :  A  M  J N° de téléphone \_\_\_\_\_

Ma pension de retraite est versée par Retraite Québec (la CARRA) :  Oui  Non → Si oui, j'autorise Retraite Québec à déduire de ma rente la prime d'assurance collective.

**Dépôt direct du remboursement de vos frais médicaux et notification du traitement de vos réclamations**

Informations bancaires pour le dépôt direct :  n° succursale  n° institution  n° compte



- 1 Numéro du chèque (n'inscrivez pas ce numéro).
- 2 Numéro de la succursale (5 chiffres).
- 3 Numéro de l'institution financière (3 chiffres).
- 4 Numéro de compte. Le format peut varier selon l'institution financière. Indiquez **tous** les chiffres et seulement les chiffres.

Courriel pour la notification : \_\_\_\_\_

**⚠ Pour recevoir les notifications, vous devez fournir votre adresse courriel et vos informations bancaires.**

Je ne veux pas recevoir de notification

N. B. : Vous pouvez visualiser le statut et le détail de vos réclamations de frais médicaux dans l'Espace client, notre site Web sécurisé, en tout temps.

**2. CHOIX DE PROTECTION D'ASSURANCE MALADIE ET MÉDICAMENTS NON COUVERTS PAR LA RAMQ**

Protection demandée :  Individuelle  Familiale  Monoparentale  Couple  Exemptée\* :  Pour moi-même et mes personnes à charge  
 Pour mes personnes à charge seulement

\* L'exemption est disponible seulement si vous ou vos personnes à charge êtes déjà couverts en vertu d'un autre régime d'assurance collective. Il sera d'ailleurs important de **fournir les renseignements sur le conjoint et sur son régime d'assurance collective à la section 4.**

**Veillez remplir les trois pages de ce formulaire et signer la section « DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT ».**

### 3. RAISON DU CHANGEMENT DE PROTECTION (s'il y a lieu)

S'il s'agit d'une modification de protection, spécifiez la raison et la date de celle-ci :

Mariage/union civile – Date 

A	M	J

 Naissance/adoption d'un premier enfant – Date 

A	M	J

Conjoint de fait – Date du début de la cohabitation 

A	M	J

 Divorce/séparation – Date 

A	M	J

Mon conjoint détient une nouvelle protection d'assurance collective – Date 

A	M	J

Mon conjoint a perdu sa protection d'assurance collective – Date 

A	M	J

Autre \_\_\_\_\_ – Date 

A	M	J

### 4. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES SUR LE CONJOINT ET SUR SON RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE (SI APPLICABLE) (Si plus d'espace est nécessaire, veuillez utiliser une feuille supplémentaire. Veuillez dater et signer tout document annexé.)

	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance	Si conjoint de fait, date de début de la cohabitation												
<input type="checkbox"/> Ajouter conjoint			<input type="checkbox"/> M	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J				<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J			
A	M	J															
A	M	J															
<input type="checkbox"/> Retirer conjoint			<input type="checkbox"/> F	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									

Votre conjoint est-il couvert par un autre régime d'assurance collective pour les soins médicaux?  Oui  Non

Si oui, spécifiez ce qui suit : Protection maladie :  Individuelle  Familiale  Monoparentale  Couple Date d'effet : 

A	M	J

Nom de l'assureur \_\_\_\_\_

N° de police \_\_\_\_\_ N° de certificat \_\_\_\_\_

### 5. RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS À CHARGE (demeurant avec vous ou non. - Si plus d'espace est nécessaire, veuillez utiliser une feuille supplémentaire. Veuillez dater et signer tout document annexé.)

	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance	Si âgé de 21 ans* ou plus, précisez :						
<input type="checkbox"/> Ajouter enfant			<input type="checkbox"/> M	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J				Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A	M	J									
<input type="checkbox"/> Retirer enfant			<input type="checkbox"/> F	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							
<input type="checkbox"/> Ajouter enfant			<input type="checkbox"/> M	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J				Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A	M	J									
<input type="checkbox"/> Retirer enfant			<input type="checkbox"/> F	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							
<input type="checkbox"/> Ajouter enfant			<input type="checkbox"/> M	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J				Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A	M	J									
<input type="checkbox"/> Retirer enfant			<input type="checkbox"/> F	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							

\* Si votre enfant est étudiant à temps plein, il peut être couvert jusqu'à l'âge de 25 ans inclusivement.

### 6. ASSURANCE VIE

**ASSURANCE VIE DE BASE** – Cette assurance peut être accordée sans preuves d'assurabilité si :

– dans votre régime d'assurance collective détenu avant votre retraite, vous aviez des volumes d'assurance vie de base supérieurs ou égaux à ceux ci-dessous et;

– la demande est soumise dans les 30 jours de votre admissibilité.

Dans le cas contraire, des preuves d'assurabilité seront requises.

Participant :  10 000 \$

Conjoint et chaque enfant à charge\* :  10 000 \$

\* Selon les conditions d'admissibilité spécifiées au contrat.

**ASSURANCE VIE FACULTATIVE** (Pour y avoir droit, il faut détenir l'assurance vie de base.)

Volume d'assurance vie détenu avant la retraite : \_\_\_\_\_

	Nouvelle adhésion	Modification		Déclaration (À remplir uniquement si vous souhaitez adhérer ou ajouter de l'assurance vie OU si vous voulez changer le statut pour non-fumeur.)
		Enlever	Ajouter	
Nombre d'unités (1 unité = 5 000 \$)				
<b>Participant :</b>				
Si âgé de moins de 75 ans : Maximum 150 000 \$				Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage, sous quelque forme que ce soit, de tabac, de nicotine ou de cannabis mélangé avec du tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si âgé de 75 ans ou plus : Maximum 75 000 \$				
<b>Conjoint :</b>				
Si âgé de moins de 75 ans : Maximum 60 000 \$				Au cours des 12 derniers mois, votre conjoint a-t-il fait usage, sous quelque forme que ce soit, de tabac, de nicotine ou de cannabis mélangé avec du tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si âgé de 75 ans et plus : Maximum 30 000 \$				

## 7. DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE (Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, la prestation sera versée à la succession.)

### À remplir seulement si vous demandez l'assurance vie du participant.

Si vous nommez plusieurs bénéficiaires, le total des pourcentages alloués doit être égal ou inférieur à 100 %. Si le pourcentage total est inférieur à 100 %, la différence sera versée à la succession. Veuillez ne pas indiquer de montants en dollars.

Cette désignation de bénéficiaire annule toute désignation antérieure. Si un bénéficiaire irrévocable a été préalablement désigné, remplissez le tableau suivant ainsi que la section 8 « Bénéficiaire irrévocable ».

Prénom	Nom	Lien	Date de naissance	%
			A M J 	
			A M J 	
			A M J 	
			A M J 	

### IMPORTANT : Pour les résidents du Québec – À remplir si vous avez désigné votre conjoint (mariage ou union civile) comme bénéficiaire.

Au Québec, la désignation du conjoint, à l'exception du conjoint de fait, comme bénéficiaire est irrévocable\* à moins que vous ne cochiez la case suivante :

Bénéficiaire révocable

\* Pour modifier la désignation d'un bénéficiaire irrévocable, le consentement écrit de ce dernier est requis.

## 8. BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE (s'il y a lieu)

Si vous avez nommé un bénéficiaire irrévocable, son consentement est requis pour modifier la désignation. Le cas échéant, veuillez faire signer le bénéficiaire irrévocable ci-dessous. Prenez note que le bénéficiaire doit être majeur pour donner son consentement.

Signature du bénéficiaire irrévocable \_\_\_\_\_ Date 

A	M	J

## DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

Par la présente, **J'ADHÈRE** aux protections auxquelles je suis admissible en vertu du régime d'assurance collective de l'AQDER, sous réserve de tout refus mentionné et **J'ATTESTE** que, à ma connaissance, l'information fournie dans ce formulaire est véridique et complète.

**JE CONFIRME** que je suis autorisé à divulguer de l'information concernant mes personnes à charge et **JE CONSENS**, en leur nom et en mon propre nom, à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à l'AQDER et à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier »), à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services à des fins de tarification, d'administration, de traitement des réclamations et d'acceptation de ma demande de participation ou de modification et de celle de mes personnes à charge au sein du régime d'assurance collective de l'AQDER.

Si mon numéro d'assurance sociale tient lieu de numéro de certificat, **J'ACCEPTÉ** que celui-ci soit utilisé dans le cadre de l'administration de mon régime d'assurance collective.

**J'AUTORISE** la CARRA à effectuer les prélèvements requis par mon régime d'assurance collective.

Si je m'inscris au dépôt direct, **J'AUTORISE** iA Groupe financier à déposer dans mon compte bancaire tout montant payable à la suite d'une réclamation, en utilisant les informations bancaires fournies dans ce formulaire. **JE CONSENS** à ce que cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce qu'un avis contraire écrit de ma part soit transmis à iA Groupe financier.

**JE COMPRENDS** que iA Groupe financier ne sera lié par aucune autre obligation quant aux prestations versées. **JE COMPRENDS** que iA Groupe financier peut, sans aucun préavis, mettre fin au dépôt direct des prestations. La présente autorisation prend effet à la date indiquée ci-dessous et est valable pour tout autre compte bancaire actif à cette institution financière ou à toute autre institution financière que je pourrais désigner à l'avenir.

**JE COMPRENDS** et **JE RECONNAIS** également que si je fournis à iA Groupe financier des informations bancaires erronées ou si j'ometts d'aviser iA Groupe financier de tout changement dans mes informations bancaires et que, en raison de cette erreur ou de cette omission, le remboursement effectué à la suite d'une réclamation est déposé sur le mauvais compte bancaire, iA Groupe financier ne pourra être tenu responsable de cette erreur ou de cette omission ou être tenu de me rembourser s'il est dans l'impossibilité de recouvrer le montant déposé sur le mauvais compte.

**JE RECONNAIS** qu'une photocopie de la présente déclaration et autorisation possède la même validité que l'original.

Signature du participant \_\_\_\_\_ Date 

A	M	J

## RÉSERVÉ À L'AQDER

Signature de l'administrateur responsable \_\_\_\_\_ Date 

A	M	J

## AVIS DE DIVULGATION

À l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier »), les renseignements personnels que nous recueillons vous concernant ou concernant vos personnes à charge sont conservés de façon confidentielle et sont utilisés uniquement aux fins pour lesquelles ils ont été fournis. Votre dossier personnel est conservé aux bureaux de iA Groupe financier.

Vous avez le droit de consulter votre dossier personnel et, si nécessaire, de corriger toute information erronée. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : iA Groupe financier, responsable de l'accès à l'information, 1080, Grande Allée Ouest, C. P. 1907, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 7M3.

L'accès à votre dossier personnel n'est donné qu'aux employés de iA Groupe financier, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services dans le cadre de leurs fonctions ainsi qu'aux personnes que vous autorisez et à celles autorisées par la loi.

À des fins de vérification et pour des rapports administratifs, iA Groupe financier peut fournir à votre employeur ou titulaire de police des statistiques financières ne contenant aucune information nominative.