

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)

☐ **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)

Date de naissance : 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

Figure 1 illustrates four different types of groupings in a sequence of 10 elements (represented by vertical bars). The groupings are labeled 1 through 4:

- 1. A group of 4 elements is crossed out with a large 'X'.
- 2. A group of 4 elements is indicated by an upward arrow pointing to a bracket above them.
- 3. A group of 4 elements is indicated by an upward arrow pointing to a bracket above them.
- 4. A group of 4 elements is indicated by a bracket above them, and a line connects this bracket to a bracket above a group of 4 elements.

- 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.**

Veuillez remplir toutes les 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 :

<input type="checkbox"/> Mariage/union civile – Date	<div><div>A</div><div>M</div><div>J</div></div>	<input type="checkbox"/> Naissance/adoption d'un premier enfant – Date	<div><div>A</div><div>M</div><div>J</div></div>
<input type="checkbox"/> Conjoint de fait – Date du début de la cohabitation	<div><div>A</div><div>M</div><div>J</div></div>	<input type="checkbox"/> Divorce/séparation – Date	<div><div>A</div><div>M</div><div>J</div></div>
<input type="checkbox"/> Mon conjoint détient une nouvelle protection d'assurance collective – Date	<div><div>A</div><div>M</div><div>J</div></div>		
<input type="checkbox"/> Mon conjoint a perdu sa protection d'assurance collective – Date	<div><div>A</div><div>M</div><div>J</div></div>		
<input type="checkbox"/> Autre _____	<div><div>A</div><div>M</div><div>J</div></div>		

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	<div><div>A</div><div>M</div><div>J</div></div>	<div><div>A</div><div>M</div><div>J</div></div>
<input type="checkbox"/> Retirer conjoint			<input type="checkbox"/> F		

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	<div><div>A</div><div>M</div><div>J</div></div>	Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Retirer enfant			<input type="checkbox"/> F		Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Ajouter enfant			<input type="checkbox"/> M	<div><div>A</div><div>M</div><div>J</div></div>	Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Retirer enfant			<input type="checkbox"/> F		Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Ajouter enfant			<input type="checkbox"/> M	<div><div>A</div><div>M</div><div>J</div></div>	Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Retirer enfant			<input type="checkbox"/> F		Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

* 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	
Participant :				
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 \$				
Conjoint :				
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.

J'AUTORISE Retraite Québec à effectuer les prélèvements requis par mon régime d'assurance collective.

Si je m'inscris au dépôt direct, **J'AUTORISE** l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« 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 copie de la présente déclaration et autorisation possède la même validité que l'original.

CONSENTEMENT – PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Vos renseignements personnels sont importants.

Pour **vous**, parce qu'ils font partie de votre vie privée. Pour **nous**, iA Groupe financier et ses entités affiliées, parce qu'ils nous permettent de mieux vous servir au jour le jour.

Veuillez continuer de lire et veuillez signer cette section à la page suivante.

CONSENTEMENT – PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (SUITE)

Nous avons à cœur la protection de vos renseignements personnels.

En faisant affaire avec nous, **VOUS ACCEPTEZ** que nous recueillions, utilisions et communiquions les renseignements personnels qui sont nécessaires pour :

- **Savoir qui vous êtes.** Vous identifier et maintenir à jour vos coordonnées;
- **Développer une relation avec vous.** Vous conseiller selon vos besoins, analyser vos demandes et identifier les produits et services qui vous conviennent;
- **Entretenir notre relation avec vous.** Administrer vos produits et services et traiter vos demandes, plaintes et réclamations;
- **Respecter les lois et gérer les risques.** Par exemple, en matière de cybersécurité ou de lutte contre la criminalité financière.

VOUS CONFIRMEZ que vous avez l'autorisation de nous divulguer des renseignements concernant vos personnes à charge et **VOUS CONSENTEZ**, en leur nom, à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation à l'AQDER et à nos employés, à nos représentants, à nos réassureurs et à nos fournisseurs de services, des renseignements que vous avez fournis et qui sont nécessaires afin de bénéficier du régime d'assurance collective de l'AQDER.

Nous souhaitons en faire plus, avec votre consentement bien sûr!

Nous souhaitons recueillir, utiliser et communiquer certains de vos renseignements personnels pour mieux vous connaître et comprendre vos besoins, intérêts et préférences. Vous nous permettez ainsi d'être proactifs pour :

Améliorer nos produits et services, et offrir une expérience client distinctive.

☐ **J'accepte** ☐ **Je refuse**

Vous faire part de nos promotions, produits, services, concours et événements qui pourraient vous intéresser.

☐ **J'accepte** ☐ **Je refuse**

Vous pouvez à tout moment revoir vos choix.

Pour plus d'information, visitez le ia.ca/protection-renseignements-personnels.

Nous tenons à vous informer.

À certaines conditions, nous pouvons recueillir ou communiquer vos renseignements auprès de l'AQDER ou de tout autre tiers, **si et seulement si** cette collecte ou cette communication :

- est requise pour vous servir; ou
- se fait dans le respect des choix que vous avez faits; ou
- est conforme à la loi.

Nous nous engageons à partager seulement les renseignements nécessaires.

Pour en apprendre davantage, veuillez consulter l'**Avis relatif à la protection des renseignements personnels** en annexe.

Signature du participant _____

Date

	A					M			J
--	---	--	--	--	--	---	--	--	---

RÉSERVÉ À L'AQDER

Signature de l'administrateur responsable _____

Date

	A					M			J
--	---	--	--	--	--	---	--	--	---