

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

625, rue Jacques-Parizeau, Case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur: 418 646-1313 • adm.collectif@lacapitale.com

N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
006000		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT			
NOM DU GROUPE CPI – FTQ (RETRAITÉ)	NOM DE L'EMPLOYEUR AVANT LA RETRAITE	DATE DE LA RETRAITE A M J	
NOM	PRÉNOM	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SALAIRE ANNUEL AVANT LA RETRAITE
ADRESSE N° RUE	APP.	LANGUE DE CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A	DATE DE NAISSANCE A M J
VILLE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE	
ÉTAT CIVIL A M J			
<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			

2- EN TANT QUE RETRAITÉ, VOUS AVEZ LA POSSIBILITÉ DE MAINTENIR OU DE DIMINUER VOTRE PROTECTION D'ASSURANCE VIE.

- **VIE DE BASE DU RETRAITÉ:** DE 1 À 20 TRANCHE(S) DE 5 000\$ = CHOIX _____
(Le montant choisi ne doit pas excéder celui que vous déteniez juste avant votre retraite)
(Vie de base & vie additionnelle)
- **VIE DES PERSONNES À CHARGE DU RETRAITÉ:** _____
(Conjoint et enfant(s) admissibles)
- **VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT:** DE 1 À 20 TRANCHE(S) DE 5 000\$ = CHOIX _____
(Si vous déteniez cette garantie pour votre conjoint, vous pouvez la maintenir sans toutefois excéder le montant assuré avant votre retraite).

NOTE: POUR ADHÉRER À L'ASSURANCE DES RETRAITÉS, L'ASSUREUR DOIT ÊTRE AVISÉ DANS LES 31 JOURS SUIVANT LA DATE DE VOTRE RETRAITE.

3- RAISON(S) DE LA (DES) MODIFICATION(S)	DATE D'EFFET DE L'ÉVÉNEMENT A M J
_____	_____

4- DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE (POUR LES GARANTIES D'ASSURANCE VIE)	MISE EN GARDE: 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. PROVINCE DE L'ONTARIO: La désignation du conjoint légalement marié à titre de bénéficiaire est considérée révoable 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.
<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE	
PRÉNOM ET NOM: _____	LIEN AVEC L'ADHÉRENT: _____

5- DÉSIGNATION DU FIDUCIAIRE (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: _____

ADRESSE N° RUE	APP.	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
_____	_____	_____	_____	_____

6- 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 de l'adhérent: _____ Date: _____

B. PAIEMENT PAR CHÈQUE (sur réception de votre facture)

C. ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA) – Personnel
Veuillez remplir le formulaire ci-joint (GE036-EXPR-6-ADH).

7- DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

«J'autorise La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (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.»

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 de l'adhérent

Téléphone

Date

(VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DE L'AVIS AU VERSO)

AVIS

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (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 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 à la 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.

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

625, rue Jacques-Parizeau

Case postale 1500

Québec (Québec) G1K 8X9

Service à la clientèle

Téléphone : 418 644-4200

ou

Sans frais : 1 800 463-4856