



11201

- ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE
- MODIFICATIONS DE L'ASSURANCE COLLECTIVE

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

Édifice Le Delta 3, 2875, boul. Laurier, bureau 400, C. P. 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
9800		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT RETRAITÉ

NOM DU GROUPE		PROFESSIONNELLES ET PROFESSIONNELS NON SYNDIQUÉS DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC ET DES ORGANISMES AFFILIÉS		NOM DU MINISTÈRE AVANT VOTRE RETRAITE		DATE DE LA RETRAITE			
NOM		PRÉNOM		SEXE		SALAIRE ANNUEL AVANT LA RETRAITE			
ADRESSE		N° RUE	APP.	CORRESPONDANCE		DATE DE NAISSANCE			
VILLE		CODE POSTAL		TÉLÉPHONE RÉSIDENCE ()		ÉTAT CIVIL			
<input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE		<input type="checkbox"/> MARIÉ		<input type="checkbox"/> VEUF		<input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT		<input type="checkbox"/> DIVORCÉ	
<input type="checkbox"/> SÉPARÉ		<input type="checkbox"/> UNI CIVILEMENT		DEPUIS LE					

2- RÉGIMES

ASSURANCE MALADIE	INDIVIDUEL MONOPARENTAL (sans conjoint) FAMILIAL EXEMPTION*	ADHÉSION		MODIFICATIONS	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'AJOUTE	J'ENLÈVE
- OBLIGATOIRE (si âgé de moins de 65 ans)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- FACULTATIF (si âgé de plus de 65 ans)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ÉTÉS-VOUS INSCRIT À LA RAMQ ? OUI / NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
RÉGIMES FACULTATIFS					
- ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT ÂGÉ DE MOINS DE 60 ANS :					
25 %, 50 %, 75 %, 100 %, 125 %, 150 %, 175 % ou 200 % du traitement annuel à la date de votre retraite, sans excéder le montant que vous déteniez juste avant votre retraite		_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
- ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT ÂGÉ DE PLUS DE 60 ANS :					
de 60 à 64 ans = maximum 150 %, de 65 à 69 ans = maximum 100 %, de 70 à 74 ans = maximum 75 %, 75 ans et plus = maximum 50 %		_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
du traitement annuel à la date de votre retraite, sans excéder le montant que vous déteniez juste avant votre retraite		_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
- ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT					
moins de 65 ans	de 1 à 2 tranche(s) de 10 000 \$	_____ X 10 000 \$	_____ X 10 000 \$	_____ X 10 000 \$	_____ X 10 000 \$
65 ans et plus	10 000 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IMPORTANT : * Pour être exempté du régime d'assurance maladie, vous devez fournir à l'Assureur la preuve que vous êtes assuré en vertu d'un régime collectif d'assurance comportant des protections similaires.

3- NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE

MISE EN GARDE : LA DÉSIGNATION D'UN BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE ENTRAÎNE DES CONSÉQUENCES IMPORTANTES, NOTAMMENT, SON CONSENTEMENT SERA NÉCESSAIRE POUR LE REMPLACER ET, S'IL EST D'ÂGE MINEUR, LE CONSENTEMENT DE SON TUTEUR DEVRA ÊTRE OBTENU.

DÉSIGNATION : _____ RÉVOCABLE IRRÉVOCABLE

LIEN AVEC L'ADHÉRENT : _____

4- MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME

A. C.A.R.R.A.

Étant prestataire de la commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (C.A.R.R.A.), j'autorise cet organisme à déduire mensuellement de mon chèque de pension les cotisations requises jusqu'à avis contraire de ma part.

Signature de l'adhérent : _____ Date : _____

B. VEUILLEZ S.V.P. ME FACTURER UNE FOIS PAR ANNÉE

Signature de l'adhérent : _____ Date : _____

C. ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA) - Personnel

Je, soussigné, autorise La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (La Capitale) à porter au débit du compte bancaire figurant sur le spécimen de chèque ci-joint ou du compte bancaire ci-après identifié, les montants mensuels fixes requis pour le paiement des primes payables à La Capitale. Le prélèvement sera effectué le 15^e jour de chaque mois.

Renseignements concernant le compte bancaire : Veuillez joindre un spécimen de chèque ou indiquer les numéros de transit, de banque et de compte.

_____ Transit _____ Banque _____ Compte _____

Vous recevrez un préavis d'au moins dix (10) jours avant la date du premier DPA vous confirmant le montant et la date des DPA. Cet accord peut être annulé sur réception par La Capitale d'un préavis d'au moins trente (30) jours avant la date prévue du prochain DPA. De plus, 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 DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord.

Pour obtenir un formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur le droit d'annulation du présent accord ou sur vos droits de recours, vous pouvez communiquer avec La Capitale ou visiter www.cdnpay.ca.

Date : _____

Signature(s) selon les exigences visant les retraits de ce compte

5- DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les primes requises en vertu des régimes que j'ai choisis. J'autorise mon employeur et La Capitale assurances et gestion du patrimoine 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 au verso concernant les dossiers et les renseignements personnels et avoir conservé copie du présent formulaire.

Signature de l'adhérent

Téléphone

Date

(VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DE L'AVIS AU VERSO)

Copie blanche : assureur - Copie jaune : retraité - Copie rose : employeur

AVIS

La Capitale assurances et gestion du patrimoine 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 mandataires 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 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, 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.

Édifice Le Delta III

2875, boulevard Laurier, bureau 400

Case postale 1500

Québec (Québec) G1K 8X9

Service à la clientèle

Téléphone : 418 644-4200

ou

Sans frais : 1 800 463-4856