



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
9900		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE RETRAITÉE

NOM DU SYNDICAT DE PROFESSIONNELLES ET PROFESSIONNELS GROUPE DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC		NOM DU MINISTÈRE AVANT VOTRE RETRAITE		DATE DE LA RETRAITE A M J	
NOM		PRÉNOM		SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
N° RUE		APP.		CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A	
VILLE		CODE POSTAL		DATE DE NAISSANCE A M J	
ÉTAT CIVIL <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> MARIÉ(E) <input type="checkbox"/> VEUF(VE) <input type="checkbox"/> CONJOINT(E) DE FAIT <input type="checkbox"/> DIVORCÉ(E) <input type="checkbox"/> SÉPARÉ(E) <input type="checkbox"/> UNI(E) CIVILEMENT		DEPUIS LE		A M J	

2- RÉGIMES

ASSURANCE MALADIE		ADHÉSION		MODIFICATIONS	
				J'AJOUTE	J'ENLÈVE
- OBLIGATOIRE (si âgée de moins de 65 ans)	INDIVIDUEL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MONOPARENTAL (sans personne conjointe)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FAMILIAL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	EXEMPTION*	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- FACULTATIF (si âgée de 65 ans ou plus)	INDIVIDUEL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MONOPARENTAL (sans personne conjointe)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FAMILIAL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	EXEMPTION*	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ASSURANCE VOYAGE DURÉE DE LA PROTECTION	182 JOURS PAR ANNÉE CIVILE (ou tant que la personne assurée est couverte par la RAMQ) (Maintien obligatoire 3 ans)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	90 JOURS PAR VOYAGE (aucun changement de protection possible par la suite)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
IMPORTANT : * Pour être exemptée du régime d'assurance maladie, la personne adhérente doit fournir à l'Assureur la preuve qu'elle est assurée en vertu d'un régime collectif d'assurance comportant des protections similaires.					
RÉGIMES FACULTATIFS					
- ASSURANCE VIE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE ÂGÉE 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 LA PERSONNE ADHÉRENTE ÂGÉE DE 60 ANS OU PLUS : de 60 à 64 ans = maximum 150 %, de 65 à 69 ans = maximum 100 %, de 70 à 74 ans = maximum 75 %, 75 ans ou 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"/>
- ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE ÂGÉE DE moins de 65 ans de 1 à 2 tranche(s) de 10 000 \$ 65 ans ou plus 10 000 \$		_____ X 10 000 \$		_____ X 10 000 \$	_____ X 10 000 \$

3- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE

Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance
		A M J	A M J			A M J	A M J
Conjoint :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Enfant(s) :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant(s) :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

4- NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE

MISE EN GARDE : Au Québec, la désignation de la personne CONJOINTE MARIÉE comme bénéficiaire est considérée **IRRÉVOCABLE** à moins de précision **CONTRAIRE** de la personne adhérente. Une désignation **IRRÉVOCABLE** peut être modifiée **seulement** si le bénéficiaire âgé de 18 ans ou plus signe une renonciation à ses droits de bénéficiaire.

DÉSIGNATION : _____ RÉVOCABLE IRRÉVOCABLE
LIEN AVEC LA PERSONNE ADHÉRENTE : _____

5- 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 la personne adhérente : _____ Date : _____

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

Signature de la personne adhérente : _____ 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.

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

6- DÉCLARATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

J'autorise 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 la personne adhérente _____ Téléphone _____ Date _____

A V I S

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 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.

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