



11201

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 |
| 1011 | 9999 | |

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

| | | | |
|---|-------------|---|----------------------------------|
| NOM DU GROUPE FÉDÉRATION NATIONALE DES ENSEIGNANTS ET ENSEIGNANTES DU QUÉBEC (CSN) | | 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. | CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A | DATE DE NAISSANCE A M J |
| 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"/> UNICIVILEMENT | | DEPUIS LE A M J | |

2- ASSURANCE MALADIE

A. ASSURANCE MALADIE DE BASE (Régime identique à celui offert par la RAMQ)

- Je désire conserver cette garantie (N.B.: Si vous choisissez d'adhérer à cette garantie, veuillez en aviser la RAMQ)
- Protection individuelle Protection familiale
- Je ne désire pas conserver cette garantie

B. ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (Autres frais médicaux)

- Je désire conserver cette garantie
- Protection individuelle Protection familiale
- Je ne désire pas conserver cette garantie

3- ASSURANCE VIE

A. VIE DE BASE

- Je désire conserver cette garantie (Inscrire votre choix)
- Vie de base: montant fixe de 5000\$
- Vie facultative: moins de 70 ans: de 1 à 10 tranche(s) de 5000\$: choix: _____
- 70 ans et plus: de 1 à 8 tranche(s) de 5000\$: choix: _____

B. VIE DES PERSONNES À CHARGE

- Je désire conserver cette garantie
- Je ne désire pas conserver cette garantie

4- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE

| Prénom | Nom | Sexe | Date de naissance A M J | Prénom | Nom | Sexe | Date de naissance 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 | |

5- NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE (POUR LES GARANTIES D'ASSURANCE VIE)

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: _____

6- 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(e): _____ Date: _____

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

Signature de l'adhérent(e): _____ 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: _____

7- DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

«J'autorise La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (ci-après appelée La Capitale) à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins d'identification et 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 qui aurait reçu tel mandat, 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 mandataires, tous les renseignements qu'elle détient, 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. En cas de décès, j'autorise expressément le preneur, l'employeur, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, à fournir à La Capitale ou à ses mandataires lorsque requis, tous les renseignements ou autorisations permettant le traitement de mon dossier.»

Le présent consentement est valide aux fins du présent contrat, 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. (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