



11201

 ADHÉSION À L'ASSURANCE VIE COLLECTIVE

 MODIFICATIONS DE L'ASSURANCE VIE COLLECTIVE

N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
6000		

**1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT**

NOM DU GROUPE <b>CPI - FTQ (RETRAITÉ)</b>		NOM DE L'EMPLOYEUR AVANT LA RETRAITE	DATE DE LA RETRAITE	A	M	J
NOM		PRÉNOM	SEXE	SALAIRE ANNUEL AVANT LA RETRAITE		
ADRESSE		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- 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 5000\$ = 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 5000\$ = 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- 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(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<sup>e</sup> 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](http://www.cdnpay.ca).

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

**5- 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.»

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)

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