



11201

 Édifice Le Delta II  
 2875, boul. Laurier, bureau 100  
 Case postale 1500  
 Québec (Québec) G1K 8X9  
 Courrier électronique :

 Téléphone : 418 644-4200  
 1 800 463-4856  
 Télécopieur : 418 646-1313  
 adm.collectif@lacapitale.com

 ADHÉSION À L'ASSURANCE VIE COLLECTIVE

 MODIFICATIONS DE L'ASSURANCE VIE COLLECTIVE

N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
6925		

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

NOM DU GROUPE	ASSOCIATION DES PROCUREURS AUX POURSUITES CRIMINELLES ET PÉNALES (retraité)	NOM DE L'EMPLOYEUR	LE DIRECTEUR DES POURSUITES CRIMINELLES ET PÉNALES	DATE DE LA RETRAITE	A	M	J		
NOM	PRÉNOM	SEXE		SALAIRE AVANT LA RETRAITE					
ADRESSE	N° RUE	APP.		DATE DE NAISSANCE	A	M	J		
VILLE		CODE POSTAL		TÉLÉPHONE RÉSIDENCE ( )					
ÉTAT CIVIL							A	M	J
<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 _____	

**2- GARANTIES**
**ASSURANCE VIE :**

- **VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT :**
  - 25 % DE MON TRAITEMENT ANNUEL
  - 50 % DE MON TRAITEMENT ANNUEL
  - 75 % DE MON TRAITEMENT ANNUEL
  - 100 % DE MON TRAITEMENT ANNUEL
- **VIE DE BASE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE :**   
 (Conjoint et enfant(s) admissibles)
- **VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT(E) (10 000 \$)**   
 (Si vous détiez cette garantie avant 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.  PROCURATION BANCAIRE (joindre un spécimen de chèque marqué « NUL »)**

 J'autorise La Capitale gestion financière inc. à prélever le 15<sup>e</sup> jour de chaque mois sur le compte indiqué sur le spécimen de chèque ci-joint, le montant des primes payables à La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. Cette autorisation sera aussi valide pour tout autre produit ou service offert par La Capitale gestion financière inc. ou une compagnie affiliée et j'autorise l'institution financière mentionnée sur ledit chèque à traiter chaque prélèvement bancaire comme s'il avait été signé par moi-même, à débiter mon compte de ce montant et à le porter au crédit de La Capitale gestion financière inc.

Date : \_\_\_\_\_

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

**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 pour 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 pour les fins de la présente police, de sa modification, prolongation ou 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