



11201

 Édifice Le Delta III
 2875, boul. Laurier, bureau 400
 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

N° DE POLICE		N° D'IDENTIFICATION
3995		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM			PRÉNOM		
DATE DE NAISSANCE	A	M	J	SEXE	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
ADRESSE			DATE DE FIN D'EMPLOI OU DE TERMINAISON		
N°	RUE		A	M	J
VILLE			CODE POSTAL		
ÉTAT CIVIL					
<input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE ou <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- JE DÉSIRE UNE PROTECTION (✓)

- Individuelle
 Familiale
 Monoparentale
 Exemption

3- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE

Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance
			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	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____

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 LaCapitale gestion financière inc. à prélever le 15^e jour de chaque mois sur le compte indiqué sur le spécimen de chèque ci-joint, le montant des primes payables à LaCapitale assurances et gestion du patrimoine inc. Cette autorisation sera aussi valide pour tout autre produit ou service offert par LaCapitale 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 LaCapitale gestion financière inc.

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

Date : _____

5- AUTORISATION ET DÉCLARATION

«J'autorise LaCapitale 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 LaCapitale ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier.

J'autorise également LaCapitale à communiquer ces renseignements aux personnes mentionnées ci-dessus lorsque nécessaire, dans le cadre de ses activités et du traitement de mon dossier.

De plus, je déclare que tous les renseignements donnés dans cette proposition sont complets et véridiques sachant qu'ils sont la base sur laquelle la police doit être établie.»

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)