



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
9995		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM DU GROUPE FÉDÉRATION AUTONOME DE L'ENSEIGNEMENT (retraités)		NOM DE L'EMPLOYEUR AVANT LA RETRAITE	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 ()	A M J
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 _____			

2- PROTECTION D'ASSURANCE VIE OFFERTE À LA RETRAITE
- VIE DU RETRAITÉ *
ÂGE AU MOMENT DU DÉCÈS

CAPITAL ASSURÉ	MOINS DE 60 ANS	60-64 ANS	65 ANS ET PLUS
<input type="checkbox"/> CHOIX 1	20 000 \$	15 000 \$	10 000 \$
<input type="checkbox"/> CHOIX 2**	40 000 \$	30 000 \$	20 000 \$
<input type="checkbox"/> CHOIX 3**	60 000 \$	45 000 \$	30 000 \$

* Une prestation équivalente au montant d'assurance vie est prévue en cas de décès accidentel.

** Choix disponibles seulement si vous détenez un montant supérieur ou égal au régime des enseignantes et enseignants actifs au moment de votre retraite.

- VIE DES PERSONNES À CHARGE DU RETRAITÉ :

- OUI, JE DÉSIRE
 NON, JE NE DÉSIRE PAS

N.B. : POUR ADHÉRER À L'ASSURANCE DES RETRAITÉS, L'ASSUREUR DOIT ÊTRE AVISÉ DANS LES 90 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. PROCURATION BANCAIRE (joindre un spécimen de chèque marqué "NUL")

 J'autorise La Capitale 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 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.

 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 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