



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

N° DE POLICE		N° D'IDENTIFICATION
3995		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM			PRÉNOM					
DATE DE NAISSANCE	A	M	J	SEXE	DATE DE FIN D'EMPLOI OU DE TERMINAISON	A	M	J
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
ADRESSE			APP.					
N°						RUE		
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"/> UNION CIVILE								
DEPUIS LE : _____								
A M J								

2- JE DÉSIRE UNE PROTECTION (✓)

- Individuelle
 Familiale
 Monoparentale

3- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE

Conjoint :		Enfant(s) :		Conjoint :		Enfant(s) :	
Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance
		M F	A M J			M F	A M J
_____	_____	<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	____ ____ ____
_____	_____	<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 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- AUTORISATION ET DÉCLARATION

«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.

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)