



11201

 Édifice Le Delta II
 2875, boul. Laurier, bureau 100
 Case postale 1500
 Québec (Québec) G1K 8X9
 Courriel 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
5492		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM DU GROUPE ASSOCIATION DES JURISTES DE L'ÉTAT (retraité)		NOM DE L'EMPLOYEUR AVANT LA RETRAITE	DATE DE LA RETRAITE
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
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-
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE :

- **OBLIGATOIRE POUR LES RETRAITÉS DE MOINS DE 65 ANS**
 - INDIVIDUEL
 - MONOPARENTAL
 - FAMILIAL
 - EXEMPTÉ (Joindre copie de la preuve)
- **FACULTATIF POUR LES RETRAITÉS DE 65 ANS ET PLUS**
 - INDIVIDUEL
 - MONOPARENTAL
 - FAMILIAL
 - EXEMPTÉ (Joindre copie de la preuve)

RÉGIME D'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 déteniez 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^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.

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

5- AUTORISATION ET 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