

N° de groupe					
0	0	6	0	0	0

N° d'employeur			

N° d'identification									

## 1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE RETRAITÉE

Nom du groupe <b>CPI-FTQ (RETRAITÉ)</b>		Nom de l'employeur avant la retraite								
Nom			Prénom			Date de naissance (AAAA/MM/JJ)		Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
N° rue, app.				Ville			Province		Code postal	
Téléphone principal			Poste		Téléphone (autre)		Salaire annuel avant la retraite _____ \$		Date de la retraite (AAAA/MM/JJ)	
Adresse courriel <sup>1</sup>										

**Note 1 :** En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à mon assurance collective.

État civil						Depuis le (AAAA/MM/JJ)				
<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié ou uni civilement	<input type="checkbox"/> conjoint de fait	<input type="checkbox"/> veuf	<input type="checkbox"/> divorcé	<input type="checkbox"/> séparé					

## 2. RAISON(S) DE LA (DES) MODIFICATION(S)

Raison : \_\_\_\_\_ Date d'effet de l'évènement : \_\_\_\_\_

## 3. GARANTIES<sup>2</sup>

En tant que personne retraitée, vous avez la possibilité de maintenir ou de diminuer votre protection d'assurance vie :

	J'adhère	J'enlève
<b>Assurance vie de la personne retraitée<sup>3 et 4</sup></b> 1 à 20 tranche(s) de 5 000 \$	_____ tranches	_____ tranches
<b>Assurance vie du conjoint et des enfants à charge<sup>5</sup></b> Conjoint : 5 000 \$      Enfant à charge <sup>6</sup> : 2 500 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Assurance vie additionnelle du conjoint<sup>7</sup></b> 1 à 20 tranche(s) de 5 000 \$	_____ tranches	_____ tranches

**Note 2 :** Pour adhérer à l'une des garanties d'assurance vie pour la personne retraitée, l'Assureur doit être avisé dans les 31 jours suivant la date de la retraite ou de la réception de ce formulaire. À l'expiration de ce délai, il ne sera plus possible pour la personne retraitée d'adhérer à ces garanties. | **Note 3 :** La participation à cette garantie est obligatoire pour adhérer aux autres garanties d'assurance vie. | **Note 4 :** Le montant choisi ne peut excéder celui détenu pour toutes les garanties d'assurance vie de l'adhérent immédiatement avant la date de la retraite. | **Note 5 :** La participation à cette garantie est obligatoire pour adhérer à l'Assurance vie additionnelle du conjoint. | **Note 6 :** Âgé de 24 heures ou plus. | **Note 7 :** La personne retraitée peut conserver, en partie ou en totalité, la protection d'assurance vie additionnelle qu'elle détenait sur la vie de son conjoint immédiatement avant la date de sa retraite, sans toutefois excéder ce montant.

## 4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe F M	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle <sup>8</sup>	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 18 ans ou plus, étudiant à temps plein <sup>9</sup>	
					Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
<b>Conjoint</b>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
<b>Enfant(s)</b>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

**Note 8 :** Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.

**Note 9 :** La Capitale se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

## 5. DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRES (pour les garanties d'assurance vie)

Révocable	Irrévocable	Prénom et nom	Pourcentage	Lien avec l'adhérent
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**MISE EN GARDE :** Si des pourcentages sont indiqués, ceux-ci doivent totaliser au maximum 100 %. Si aucun pourcentage n'est précisé, la prestation d'assurance vie sera partagée en parts égales entre les bénéficiaires désignés. **PROVINCE DE QUÉBEC :** la désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est considérée irrévocable à moins de stipulation contraire de l'adhérent. Une désignation irrévocable peut être modifiée seulement si le bénéficiaire a atteint l'âge de la majorité et qu'il signe une renonciation à ses droits de bénéficiaire. **AUTRES PROVINCES QUE LE QUÉBEC :** une désignation de bénéficiaire est considérée révoquable à moins de stipulation contraire de l'adhérent. Une désignation irrévocable peut être modifiée seulement si le bénéficiaire a atteint l'âge de la majorité et s'il consent par écrit à ce changement.

## 6. DÉSIGNATION DU FIDUCIAIRE POUR UN BÉNÉFICIAIRE MINEUR (ne s'applique pas à la province de Québec)

Si vous désignez un bénéficiaire n'ayant pas atteint l'âge de la majorité, vous devez nommer un fiduciaire.

Prénom et nom			
No, rue, app.	Ville	Province	Code postal

## 7. MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME

- Accord de débits préautorisés (DPA) – Personnel** (Si ce mode de paiement est choisi, veuillez joindre un spécimen de chèque)  
**Caractéristiques des débits** – Ceci est un DPA à montant variable. Vous, le payeur, autorisez La Capitale à porter au débit du compte bancaire indiqué les montants nécessaires en paiement de la prime, des taxes, ainsi que des frais applicables, s'il y a lieu, à votre police d'assurance. Votre fréquence de prélèvement correspondra à votre fréquence de facturation. Le prélèvement s'effectuera 15 jours après la production de votre facture. Vous autorisez aussi La Capitale à présenter à nouveau une demande de prélèvement dans les 10 jours suivant la non-acceptation du prélèvement initial. Dans ce cas, des frais d'administration pourraient s'appliquer à un prochain prélèvement.

**Renonciation** – Par le présent Accord, je renonce à recevoir les préavis suivants :

- 1) d'une autorisation avant le traitement du premier prélèvement;
- 2) de tout prélèvement subséquent;
- 3) et des changements du montant ou de la date du prélèvement apportés à ma demande ou à celle de la compagnie.

**Annulation** – Je peux révoquer mon autorisation sur signification d'un préavis de 30 jours. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca). Je comprends que La Capitale peut résilier le présent accord par écrit, avec un préavis de 30 jours.

**Recours et remboursement** – En cas de contestation d'un DPA, je conviens d'en informer La Capitale.

Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours, vous pouvez communiquer avec votre institution financière ou visiter [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).

X \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Signature du titulaire du compte AAAA/MM/JJ

X \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Signature du deuxième titulaire du compte, si requise AAAA/MM/JJ

- Retraite Québec**  
Si vous êtes une personne retraitée des secteurs public ou parapublic québécois, un prélèvement peut être effectué à même votre rente de retraite. Étant prestataire de Retraite Québec, j'autorise cet organisme à déduire de ma rente les cotisations requises jusqu'à avis contraire de ma part.

X \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Signature du cotisant AAAA/MM/JJ

N° d'assurance sociale (NAS) (**obligatoire** pour adhérer à ce mode de paiement)

## 8. AUTORISATION DE LA PERSONNE RETRAITÉE

« **J'autorise** La Capitale assureur de l'administration publique inc. (ci-après appelée La Capitale) à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins 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 ancien 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. En cas de décès, **j'autorise** expressément le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, à fournir à La Capitale ou à ses mandataires lorsque requis, tous les renseignements ou autorisations permettant le traitement de mon dossier. »

Le présent consentement est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

X \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Signature de la personne retraitée AAAA/MM/JJ

## 9. AVIS

La Capitale désire vous aviser que les renseignements recueillis seront versés à votre dossier dont l'objet est « Assurance collective ». Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés ou prestataires de service de la compagnie y auront accès, et ce, uniquement si ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions ou à l'exécution de leur mandat. Le dossier sera conservé à l'adresse ci-dessous.

Si vous désirez accéder à votre dossier ou demander la rectification d'un renseignement inexact ou incomplet, veuillez transmettre par écrit une demande à l'attention du responsable de l'accès à l'information, Direction de l'administration.

Dans le but de rendre service à sa clientèle, il se peut que La Capitale groupe financier inc., ses filiales et représentants autorisés utilisent vos renseignements nominatifs (nom, adresse, numéro de téléphone et adresse courriel) pour vous informer des produits et services susceptibles de vous intéresser. Si toutefois vous ne désirez pas recevoir ce type d'information, écrivez-nous à l'adresse ci-dessous.

<b>Pour joindre le service à la clientèle :</b>	Téléphone :	418 644-4200	La Capitale assureur de l'administration publique inc.
	Sans frais :	1 800 463-4856	625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500
	Courriel :	adm.collectif@lacapitale.com	Québec (Québec) G1K 8X9 • lacapitale.com

Le présent formulaire peut être transmis à l'Assureur par la poste, par télécopieur ou par courriel aux coordonnées inscrites ci-dessus.

Si vous n'avez pas transmis le document original, assurez-vous de le conserver en lieu sûr en cas de contrôle.

Il est à noter que l'Assureur peut exiger le document original en tout temps aux fins de vérification.