

Proposition d'assurance vie pour les membres du RIIRS

RETOURNER CE FORMULAIRE À :
RIIRS
1170, boulevard Lebourgneuf, bureau 405
Québec (Québec) G2K 2E3

- SOUSCRIPTION À L'ASSURANCE VIE
 MODIFICATION(S) À L'ASSURANCE VIE

| |
|-----------------------|
| N° de police |
| 1 0 3 0 0 2 |

| |
|---|
| N° de membre RIIRS – Réservé à l'usage du RIIRS |
|---|

| |
|--|
| N° d'identification (Remplir uniquement lors d'une modification) |
| |

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU TITULAIRE

| | | | | | |
|--|--|---------------------|----------------------------------|--|---|
| Nom du groupe REGROUPEMENT INTERPROFESSIONNEL DES INTERVENANTS RETRAITÉS DES SERVICES DE SANTÉ (RIIRS) | | | | | |
| Nom de l'employeur avant la retraite | | | Date de la retraite (AAAA/MM/JJ) | | |
| 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 | |
| Adresse courriel ¹ | | Téléphone principal | Téléphone (autre) | | |

Note 1 : En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à ma police d'assurance vie.

2. GARANTIE

| |
|--|
| Garantie d'assurance vie du titulaire^{2 et 3} |
| Veillez cocher le montant d'assurance désiré pour cette garantie : |
| <input type="checkbox"/> 5 000 \$ <input type="checkbox"/> 10 000 \$ <input type="checkbox"/> 15 000 \$ <input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ ⁴ |

Note 2 : Le montant choisi ne peut excéder celui détenu dans le régime d'assurance vie collective antérieur. En aucun cas, ce montant ne pourra être augmenté.

Note 3 : La demande doit être effectuée dans les 60 jours suivant la date du début de la retraite. Aucune preuve d'assurabilité n'est requise.

Note 4 : Ce montant sera réduit à 25 000 \$ à votre 70^e anniversaire de naissance. **La Capitale paiera au bénéficiaire le montant d'assurance vie selon l'âge du titulaire au moment de son décès, tel que stipulé à la police d'assurance vie.**

3. DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRES

| Révocable | Irrévocable | Prénom et nom | Pourcentage | Lien avec le titulaire |
|--------------------------|--------------------------|---------------|-------------|------------------------|
| <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 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 du titulaire. 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 révoquée à moins de stipulation contraire du titulaire. 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.

4. 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 du fiduciaire | | | |
| N°, rue, app. | Ville | Province | Code postal |

5. MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME

- Accord de débits préautorisés (DPA) – Personnel** (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. 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.

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)

6. AUTORISATION ET DÉCLARATION DU TITULAIRE

«**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 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. 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 de la présente police, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Je certifie que les renseignements inscrits sur cette proposition sont exacts et complets. De plus, je reconnais avoir pris connaissance de l'avis ci-dessous concernant les dossiers et les renseignements personnels et avoir conservé copie du présent formulaire.

X _____ Date : _____
Signature du titulaire AAAA/MM/JJ

7. SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DU RIIRS

X _____ Date : _____
Signature du représentant AAAA/MM/JJ

8. AVIS

La Capitale s'engage à recueillir et à utiliser uniquement les renseignements personnels pertinents du titulaire à l'objet de la présente police. La Capitale s'engage à prendre les mesures de sécurité raisonnables afin d'assurer la protection des renseignements personnels collectés, utilisés, communiqués, conservés ou détruits, compte tenu de leur sensibilité, de la finalité de leur utilisation, de leur quantité, de leur répartition et de leur support.

À cet effet, seuls ses représentants, mandataires, agents, sous-traitants, réassureurs, employés, commettants, officiers, administrateurs, dirigeants, associés et ayants droit, et toute autre personne responsable avec, pour ou envers elle, ainsi que les personnes que le titulaire aura autorisées et celles autorisées par la loi, auront accès aux renseignements personnels du titulaire, et ce, uniquement dans la mesure où ces informations sont nécessaires à l'exercice de leur fonction ou à l'exécution de leur mandat.

La communication de tout renseignement personnel du titulaire à un tiers devra se faire avec son consentement explicite au préalable, en respect des règles édictées par la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé et des dispositions prévues au Code civil du Québec.

Pour joindre le service à la clientèle : Téléphone : 418 781-7646
Sans frais : 1 844 580-7646
Courriel : perspective@lacapitale.com

La Capitale assureur de l'administration publique inc.
625, rue Jacques-Parizeau, C.P. 1500
Québec (Québec) G1K 8X9 • lacapitale.com