



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@lapitale.com

N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
1011	9000	

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM DU GROUPE FÉDÉRATION NATIONALE DES ENSEIGNANTS ET ENSEIGNANTES DU QUÉBEC (CSN)		DATE DE LA RETRAITE
NOM	PRÉNOM	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ADRESSE N° RUE	APP.	CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A
VILLE	CODE POSTAL	DATE DE NAISSANCE
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

2- ASSURANCE MALADIE (GARANTIE OBLIGATOIRE)

JE DÉSIRE UNE PROTECTION (✓)

Individuelle Familiale Monoparentale Couple Exempté (Joindre la preuve d'assurance du conjoint)

3- ASSURANCE VIE (SI DÉTENU AVANT LA RETRAITE)

VIE DE BASE <input type="checkbox"/> Je désire conserver cette garantie (Inscrire votre choix) <input type="checkbox"/> Avec assurance vie des personnes à charge <input type="checkbox"/> Sans assurance vie des personnes à charge	VIE ADDITIONNELLE de 1 à 10 tranche(s) de 5 000 \$ choix : _____
---	--

4- IDENTIFIEZ VOS PERSONNES À CHARGE

Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance
			A M J				A M J
Conjoint :	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____ ____ ____	Enfant(s) :	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____ ____ ____
Enfant(s) :	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____ ____ ____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____ ____ ____

5- NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE (POUR LES GARANTIES D'ASSURANCE VIE)

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 : _____

6- AUTORISATION

«J'autorise la C.A.R.R.A. à déduire de ma rente les cotisations requises, La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (ci-après appelée La Capitale) et le responsable du régime 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, le preneur ainsi que tout 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 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 preneur, l'employeur, 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 pour les fins du présent contrat, 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)