



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

**ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE
 RETRAITÉS DE PLUS DE 65 ANS
 DONT LA RETRAITE A DÉBUTÉ
 APRÈS LE 01-07-93**

N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
1011	9999	

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	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- ASSURANCE MALADIE
A. ASSURANCE MALADIE DE BASE (Régime identique à celui offert par la RAMQ)

- Je désire conserver cette garantie (N.B. : Si vous choisissez d'adhérer à cette garantie, veuillez en aviser la RAMQ)
- Protection individuelle Protection familiale
- Je ne désire pas conserver cette garantie

B. ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (Autres frais médicaux)

- Je désire conserver cette garantie
- Protection individuelle Protection familiale
- Je ne désire pas conserver cette garantie

3- ASSURANCE VIE
A. VIE DE BASE

- Je désire conserver cette garantie (Inscrire votre choix)
- Vie de base : montant fixe de 5 000 \$
- Vie facultative : moins de 70 ans : de 1 à 10 tranche(s) de 5 000 \$: choix : _____
- 70 ans et plus : de 1 à 8 tranche(s) de 5 000 \$: choix : _____

B. VIE DES PERSONNES À CHARGE

- Je désire conserver cette garantie
- Je ne désire pas conserver cette garantie

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- DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

«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 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 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)

Copie blanche : assureur - Copie jaune : retraité