

RETOURNER CE FORMULAIRE À:

**AQRP, 5400, boul. des Galeries, bureau 111
Québec (Québec) G2K 2B4**

N° DE POLICE	N° DE MEMBRE DE L'AQRP	N° D'IDENTIFICATION
005844		

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM DU GROUPE: ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES RETRAITÉ(E)S DES SECTEURS PUBLIC ET PARAPUBLIC

NOM		PRÉNOM	
DATE DE NAISSANCE	A M J	SEXE	TÉLÉPHONE
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	() -
ADRESSE	N°	RUE	APP.
ÉTAT CIVIL			A M J
<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- POUR LA OU LES PERSONNES QUI ÉTAIENT COUVERTES PAR UNE ASSURANCE VIE COLLECTIVE AU COURS DES 60 DERNIERS JOURS ET QUI DÉSIRENT TRANSFÉRER LEUR PROTECTION SANS PREUVES D'ASSURABILITÉ (Des preuves d'assurabilité seront exigées pour tout montant excédentaire):

Assurance terminée le: _____

ou
 Je mettrai fin à mon assurance sur réception de mon acceptation de transfert par l'assureur. L'assurance prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception de ladite demande ainsi que la preuve de couverture actuelle.

Dans les deux cas, joindre une copie des documents récents attestant la couverture de cette protection (numéro de contrat, montant d'assurance). Pour l'adhérent, le montant ainsi transféré sera arrondi au 5 000 \$ supérieur sans toutefois excéder le maximum prévu en fonction de l'âge en vertu de ce contrat.

POUR LA OU LES PERSONNES QUI N'ÉTAIENT PAS COUVERTES PAR UNE ASSURANCE VIE COLLECTIVE AU COURS DES 60 DERNIERS JOURS OU QUI NE DÉSIRENT PAS TRANSFÉRER LE MONTANT DE PROTECTION:

Remplir le formulaire de Déclaration d'assurabilité pour chacune des personnes à assurer. Il est entendu que cette demande est sujette à l'acceptation de La Capitale.

3- GARANTIE(S) DÉSIRÉE(S) (✓)

	J'ADHÈRE	J'AJOUTE	J'ENLÈVE
ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4- MODIFICATIONS

RAISON(S) _____

DATE D'EFFET DE L'ÉVÉNEMENT

A M J

DATE PRÉVUE DU RETOUR (S'IL Y A LIEU)

A M J

5- 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 : _____

6- MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME

A. CARRA

Étant prestataire de la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA), j'autorise cet organisme à déduire mensuellement de mon chèque de pension les cotisations requises jusqu'à avis contraire de ma part.

Numéro d'assurance sociale (NAS): _____
OBLIGATOIRE pour adhérer à ce mode de paiement

Signature de l'adhérent: _____ Date: _____

B. VEUILLEZ ME FACTURER UNE FOIS PAR ANNÉE

Signature de l'adhérent: _____ Date: _____

C. ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA) – Personnel

Renseignements concernant le compte bancaire: Veuillez joindre un spécimen de chèque.

Je, soussigné, autorise La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. («La Capitale») à porter au débit du compte bancaire figurant sur le spécimen de chèque ci-joint les montants mensuels fixes requis pour le paiement des primes payables à La Capitale. Le prélèvement sera effectué le 15^e jour de chaque mois.

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

Vous recevrez un préavis d'au moins dix (10) jours avant la date du premier DPA vous confirmant le montant et la date des DPA. Cet accord peut être annulé sur réception par La Capitale d'un préavis d'au moins trente (30) jours avant la date prévue du prochain DPA. De plus, 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 DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord.

Pour obtenir un formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur le droit d'annulation du présent accord et vos droits de recours, vous pouvez communiquer avec La Capitale ou visiter le site internet au www.cdnpay.ca.

7- AUTORISATION ET DÉCLARATION

«J'autorise La Capitale assurances et gestion du patrimoine 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 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. De plus, je déclare que tous les renseignements donnés dans cette proposition sont complets et véridiques sachant qu'ils sont la base sur laquelle la police doit être établie.»

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.

Signature de l'adhérent

Date

(VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DE L'AVIS AU VERSO)