

- ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE
 MODIFICATION(S) DE L'ASSURANCE COLLECTIVE

RETOURNER CE FORMULAIRE À:

AREF – Secrétariat

Case postale 34009, Québec (Québec) G1G 6P2
 1 888 513-2494 • aref-neq.ca

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° DE GROUPE	N° DE MEMBRE AREF	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION À LA CAPITALE
001011			

1- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM DU GROUPE **ASSOCIATION DES RETRAITÉES ET RETRAITÉS DE L'ENSEIGNEMENT DE LA FNEEQ (AREF)**

DATE DE LA RETRAITE: A M J

NOM: _____ PRÉNOM: _____ SEXE: M F SALAIRE ANNUEL AVANT LA RETRAITE: _____

ADRESSE: N° RUE APP. LANGUE DE CORRESPONDANCE: F A DATE DE NAISSANCE: A M J

VILLE: _____ CODE POSTAL: _____ TÉLÉPHONE RÉSIDENCE: _____

ÉTAT CIVIL: CÉLIBATAIRE MARIÉ OU UNI CIVILEMENT* VEUF* CONJOINT DE FAIT* DIVORCÉ* SÉPARÉ* * DEPUIS LE _____ A M J

2- ASSURANCE MALADIE

JE DÉSIRE UNE PROTECTION (✓)

Individuelle Familiale Je ne conserve pas cette garantie

3- ASSURANCE VIE

VIE DE BASE

Je conserve cette garantie
 Moins de 65 ans: 1 x le salaire annuel
 65 ans ou plus: 5 000 \$

Je ne conserve pas cette garantie

VIE DES PERSONNES À CHARGE

Je conserve cette garantie
 Je ne conserve pas cette garantie

VIE ADDITIONNELLE

Je conserve cette garantie (**Inscrire votre choix**)

Moins de 70 ans: de 1 à 10 tranche(s) de 5000\$: choix: _____ } Pour les personnes retraitées
 70 ans ou plus: de 1 à 8 tranche(s) de 5000\$: choix: _____ } le ou après le 1^{er} janvier 2004

Note aux personnes ayant pris leur retraite avant le 1^{er} janvier 2004:
 Si vous êtes âgé de 65 à 69 ans, vous pouvez obtenir ou conserver de 1 à 8 tranches de 5 000 \$.
 Si vous êtes âgé de 70 ans ou plus, vous pouvez obtenir ou conserver de 1 à 2 tranches de 5 000 \$. Choix: _____

Je ne conserve pas cette garantie

4- RAISON(S) DE LA (DES) MODIFICATION(S)

DATE D'EFFET DE L'ÉVÉNEMENT: A M J

5- IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

Prénom – Conjoint	Nom – Conjoint	Sexe M F	Date de naissance A M J	Prénom – Enfant(s)	Nom – Enfant(s)	Sexe M F	Date de naissance A M J	Étudiant	Déficience fonctionnelle**
		<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"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

** Veuillez remplir le formulaire «Statut d'enfant à charge atteint d'invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle» et le joindre au présent formulaire.

6- DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE (POUR LES GARANTIES D'ASSURANCE VIE)

MISE EN GARDE: 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.

PRÉNOM ET NOM: _____ RÉVOCABLE IRRÉVOCABLE

LIEN AVEC L'ADHÉRENT: _____

7- MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME MENSUELLE D'ASSURANCE

A. RETRAITE QUÉBEC
 Étant prestataire de Retraite Québec, j'autorise cet organisme à déduire 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. PAIEMENT PAR CHÈQUE (sur réception de votre facture)

C. ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA) – Personnel
 Veuillez remplir le formulaire ci-joint (GE036-EXPR-6-ADH).

8- DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

«J'autorise La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (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, tout intermédiaire de marché, tout 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 prestataires de service 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. En cas de décès, j'autorise expressément le Preneur, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, à fournir à La Capitale ou à ses prestataires de service 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.

Signature de l'adhérent: _____ Téléphone: _____ Date: _____
 (VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DE L'AVIS AU VERSO)

Veuillez conserver une copie pour vos dossiers et **transmettre l'original à l'AREF.**

A V I S

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (La Capitale) désire vous aviser que les renseignements recueillis lors de la présente transaction seront versés à votre dossier dont l'objet est « Assurance collective ». Seuls les employés ou prestataires de service y auront accès, et ce, uniquement si ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions ou à l'exécution de leur mandat. Sauf les exceptions prévues à la loi, aucune autre personne n'aura accès à votre dossier sans votre autorisation. Le dossier sera conservé à l'adresse ci-dessous.

Si vous désirez accéder à votre dossier, veuillez transmettre par écrit une demande à l'attention du responsable de l'accès à l'information à la Direction de l'administration. Si l'un des renseignements personnels vous concernant était inexact, incorrect ou incomplet, vous pourriez de la même façon en demander la rectification.

En adhérant à un contrat de La Capitale, vos nom et adresse seront inclus à notre fichier de clients, de manière à vous offrir un meilleur service et à vous faire part des nouveaux produits conçus pour répondre à vos besoins. Si vous désirez que vos coordonnées n'apparaissent pas sur notre liste de distribution, vous devrez nous en informer au moyen d'une demande écrite ou verbale.

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

625, rue Jacques-Parizeau

Case postale 1500

Québec (Québec) G1K 8X9

Service à la clientèle

Téléphone : 418 644-4200

ou

Sans frais : 1 800 463-4856