

N° de groupe  
0 0 9 9 9 5

N° de membre APRFAE – Réserve à l'usage de l'APRFAE

N° d'identification à La Capitale

## 1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT RETRAITÉ

Nom du groupe FÉDÉRATION AUTONOME DE L'ENSEIGNEMENT		Nom de l'employeur avant la retraite	
Nom		Prénom	
		Date de naissance Année Mois Jour	
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Langue : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais	N°, rue, app. Ville	
Province	Code postal	Téléphone principal	Poste
Adresse courriel <sup>1</sup>		Note 1: En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à ma police d'assurance.	
		Date de la retraite Année Mois Jour	
État civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié ou uni civilement <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> conjoint de fait <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> veuf <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> divorcé <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> séparé <sup>2</sup>		Note 2: Depuis le Année Mois Jour	

## 2. RÉGIMES

				J'adhère	J'enlève
<b>ASSURANCE VIE ET DÉCÈS ACCIDENTEL<sup>3</sup></b>			<b>Âge au moment du décès</b>		
<b>Choix du montant<sup>4</sup></b>		<b>Moins de 60 ans</b>	<b>60-64 ans</b>	<b>65 ans ou plus</b>	
– Choix 1 <sup>5</sup>		20 000 \$	15 000 \$	10 000 \$	<input type="checkbox"/>
– Choix 2 <sup>6</sup>		40 000 \$	30 000 \$	20 000 \$	<input type="checkbox"/>
– Choix 3 <sup>6</sup>		60 000 \$	45 000 \$	30 000 \$	<input type="checkbox"/>
<b>ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE<sup>7</sup></b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note 3: Une prestation équivalente au montant d'assurance vie est prévue en cas de décès accidentel.

Note 4: Après avoir fait votre choix, il sera uniquement possible de diminuer les montants d'assurance. En aucun cas, les montants ne pourront être augmentés.

Note 5: Le choix 1 peut être retenu par une personne adhérente qui ne participait pas au régime d'assurance vie à titre de personne employée.

Note 6: Les choix 2 et 3 peuvent être retenus uniquement si la personne adhérente détenait un montant d'assurance égal ou supérieur dans le régime d'assurance vie des personnes employées avant sa retraite.

Note 7: Disponible uniquement si détenue avant la retraite.

## 3. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe M F	Date de naissance (AA/MM/JJ)	Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle <sup>8</sup>	À remplir dans le cas d'un enfant à charge de plus de 17 ou 20 ans, étudiant à temps plein <sup>9</sup>	
					Début de session scolaire (AA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AA/MM/JJ)
Conjoint		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Enfant(s)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

Note 8: Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.

Note 9: Veuillez vérifier l'âge admissible selon votre contrat. La Capitale se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

## 4. RETRAIT DE PERSONNES À CHARGE

Veuillez remplir la section 2 si vous désirez modifier votre protection.

Prénom et nom	Prénom et nom	Date d'effet Année Mois Jour
---------------	---------------	---------------------------------

## 5. DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRE(S) (pour les garanties d'assurance vie)

Révocable	Irrévocable	Prénom et nom	Lien avec l'adhérent
<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 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. **AUTRES PROVINCES QUE LE QUÉBEC:** une désignation de bénéficiaire est considérée révocable 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 s'il consent par écrit à ce changement.

## 6. 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			
N°, rue, app.	Ville	Province	Code postal

## 7. 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.

**Renoncation** – 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, et
- 3) 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](http://www.paiements.ca). Je comprends que l'Assureur 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 visitez [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).

X

Signature du titulaire du compte

Date: 

Année	Mois	Jour	

X

Signature du deuxième titulaire du compte si requise

Date: 

Année	Mois	Jour	

- Retraite Québec** (Si vous êtes une personne retraitée des secteurs public et 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 mon chèque de pension les cotisations requises jusqu'à avis contraire de ma part.

X

Signature du contribuant

Date: 

Année	Mois	Jour	

 N° d'assurance sociale (NAS) (obligatoire pour adhérer à ce mode de paiement)

- Veillez me facturer mensuellement** (paiement par chèque)

X

Signature du titulaire du compte

Date: 

Année	Mois	Jour	

## 8. AUTORISATION DE L'ADHÉRENT

**J'autorise** La Capitale assureur de l'administration publique inc. à utiliser, aux fins administratives, les renseignements contenus dans cette demande y compris mon numéro d'assurance sociale.

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

X

Signature de l'adhérent

Date: 

Année	Mois	Jour	

## 9. SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE L'APRFAE

X

Date: 

Année	Mois	Jour	

## 10. AVIS

La Capitale assureur de l'administration publique inc. (ci-après appelée 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 de la compagnie 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 au siège social de La Capitale, dont l'adresse est indiquée 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, 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.

**Pour joindre le service à la clientèle :** Téléphone : 418 644-4200  
Sans frais : 1 800 463-4856  
Courriel : [adm.collectif@lacapitale.com](mailto:adm.collectif@lacapitale.com)

La Capitale assureur de l'administration publique inc.  
625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500  
Québec (Québec) G1K 8X9 | [lacapitale.com](http://lacapitale.com)

Veillez conserver une copie et transmettre l'original à l'APRFAE.