beneva par La Capitale

☐ ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE
☐ MODIFICATION(S) À L'ASSURANCE COLLECTIVE

RETOURNER CE FORMULAIRE À :
APRFAE
8550, boul. Pie-IX, bureau 100
Montréal (Québec) H1Z 4G2
assurances@aprfae.ca

Envoyer

Nº de groupe	Réservé à l'usage de l'APRFAE		Nº d'identification à La Capitale
0 0 9 9 9 5	No de membre APRFAE	Date de réception (AAAA/MM/JJ)	

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE RETRAITÉE

Nom du groupe	Nom de l'employeur avant la retraite
FÉDÉRATION AUTONOME DE L'ENSEIGNEMENT	

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe	Langue
			☐ F ☐ M	☐ Français ☐ Anglais

App.	N°, rue	Ville	Province	Code postal

Téléphone principal	Poste	Téléphone (autre)	Date de la retraite (AAAA/MM/JJ)

Adresse courriel[1]

Note 1 : En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à ma police d'assurance.

État civil
☐ célibataire ☐ marié ou uni civilement ☐ conjoint de fait ☐ veuf ☐ divorcé ☐ séparé

Depuis le (AAAA/MM/JJ)

2. RÉGIMES

				J'adhère	J'enlève
ASSURANCE VIE ET DÉCÈS ACCIDENTEL[2]					
Choix du montant[3]	**Âge au moment du décès**				
	Moins de 60 ans	**60-64 ans**	**65 ans ou plus**		
- Choix 1[4]	20 000 $	15 000 $	10 000 $	☐	☐
- Choix 2[5]	40 000 $	30 000 $	20 000 $	☐	☐
- Choix 3[5]	60 000 $	45 000 $	30 000 $	☐	☐
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE[6]				☐	☐

Note 2 : Une prestation équivalente au montant d'assurance vie est prévue en cas de décès accidentel. | **Note 3 :** 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 4 :** Le choix 1 peut être retenu par une personne retraitée qui ne participait pas au régime d'assurance vie à titre de personne employée. | **Note 5 :** Les choix 2 et 3 peuvent être retenus uniquement si la personne retraitée détenait un montant d'assurance égal ou supérieur dans le régime d'assurance vie des personnes employées avant sa retraite. | **Note 6 :** Disponible uniquement si détenue avant la retraite.

3. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe F M	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle[7]	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de plus de 18 ans, étudiant à temps plein[8]	
					Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
Conjoint		☐ ☐				
Enfant(s)		☐ ☐		☐		
		☐ ☐		☐		
		☐ ☐		☐		

Note 7 : Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre. | **Note 8 :** 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

5. DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRES (pour les régimes d'assurance vie)

Révocable	Irrévocable	Prénom et nom	Pourcentage	Lien avec la personne retraitée
☐	☐			
☐	☐			
☐	☐			

MISE EN GARDE : Si des pourcentages sont indiqués, ceux-ci doivent totaliser au maximum 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 la personne retraitée. 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 la personne retraitée. 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			
No, rue, app.	**Ville**	**Province**	**Code postal**

7. MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME

☐ **Accord de débits préautorisés (DPA) – Personnel** (Si ce mode de paiement est choisi, 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.

Renonciation – 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;
3) et 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. Je comprends que La Capitale 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 visiter www.paiements.ca.

X _____ Date : _____
Signature du titulaire du compte — AAAA/MM/JJ

X _____ Date : _____
Signature du deuxième titulaire du compte, si requise — AAAA/MM/JJ

☐ **Retraite Québec**
Si vous êtes une personne retraitée des secteurs public ou 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 ma rente les cotisations requises jusqu'à avis contraire de ma part.

X _____ Date : _____ | | | | | | | | | |
Signature du cotisant — AAAA/MM/JJ — N° d'assurance sociale (NAS) (**obligatoire** pour adhérer à ce mode de paiement)

☐ **Veuillez me facturer mensuellement** (paiement par chèque)

X _____ Date : _____
Signature du titulaire du compte — AAAA/MM/JJ

8. AUTORISATION DE LA PERSONNE RETRAITÉE

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 _____ Date : _____
Signature de la personne retraitée — AAAA/MM/JJ

9. SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE L'APRFAE

X _____ Date : _____
Signature du représentant de l'APRFAE — AAAA/MM/JJ

Veuillez transmettre une copie signée à l'APRFAE à l'adresse postale ou par courriel en utilisant le bouton ENVOYER au haut de ce formulaire. Veuillez conserver une copie pour vos dossiers.

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@beneva.ca

Beneva
625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9 • beneva.ca