



11105

Édifice Le Delta III
2875, boulevard Laurier, bureau 400
Case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9
Courrier électronique :

Téléphone : 418 644-4200
1 800 463-4856
Télécopieur : 418 646-1313
adm.collectif@lacapitale.com

N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION

1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM		PRÉNOM	
ADRESSE	N°	RUE	APP.
			TÉLÉPHONE (RÉSIDENT)
VILLE	CODE POSTAL		TÉLÉPHONE (TRAVAIL)

2 – ÉTAT CIVIL OU ÉVÉNEMENT

- Célibataire**
- * **Conjoint de fait**

Je déclare résider en permanence avec la personne indiquée ci-dessous et la présenter comme mon conjoint.

Nom du conjoint : _____

Date de naissance : _____

Depuis le : _____
- Divorcé**

Jugement irrévocable prononcé le : _____

Nom de l'ex-conjoint : _____

Enfant(s) à la charge de : _____

Depuis le : _____
- * **Marié**

Nom du conjoint : _____

Date du mariage : _____
- * **Naissance d'un premier enfant**
(si prévu au contrat)

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____
- Séparé**

Date de la séparation : _____

Nom de l'ex-conjoint : _____

Enfant(s) à la charge de : _____

Depuis le : _____
- Union civile**

Nom du conjoint : _____

Date de l'union : _____
- Veuf**

Nom du défunt : _____

Date du décès : _____

* **Note :** Un délai de 31 jours suivant la date de l'événement est alloué pour adhérer à la protection familiale sans preuves d'assurabilité.

3 – SIGNATURES

Signé à _____, ce _____ du mois _____ 20 _____.

Signature de l'adhérent

Signature du témoin (autre que l'adhérent)

La forme masculine est utilisée pour faciliter la lecture du document, elle désigne autant le féminin que le masculin.

Chaque employeur reproduit ce formulaire pour ses besoins.