



11108

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 DE L'ADHÉRENT**

- Célibataire
- Conjoint de fait depuis le \_\_\_\_\_
- Divorcé depuis le \_\_\_\_\_
- Marié depuis le \_\_\_\_\_
- Séparé depuis le \_\_\_\_\_
- Union civile depuis le \_\_\_\_\_
- Veuf depuis le \_\_\_\_\_

**3 – IDENTIFICATION DE LA OU DES PERSONNE(S) À CHARGE**

<u>Personne(s) à charge</u>	<u>Prénom</u>	<u>Nom</u>	<u>Date de naissance (année-mois-jour)</u>
Conjoint	_____	_____	_____
Enfant(s)	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

**4 – SIGNATURES**

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont complets, véridiques et en conformité avec les conditions et les dispositions de mon contrat d'assurance collective. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de mon assurance.

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.**