



11108

Édifice Le Delta II
2875, boulevard Laurier, bureau 100
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.