

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9  
418 644-4200 ou 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.
VILLE		CODE POSTAL	TÉLÉPHONE TRAVAIL
			TÉLÉPHONE RÉSIDENCE

**2 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ATTEIGNANT L'ÂGE DE 65 ANS**

NOM	PRÉNOM
DATE DE NAISSANCE	

**3 – COUVERTURE POUR LES MÉDICAMENTS**

**Veuillez indiquer votre choix parmi les suivants :**

- Je désire poursuivre ma couverture pour les médicaments avec La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. en assumant la surprime qui s'y rattache.
- Je désire poursuivre la couverture de mon conjoint pour les médicaments avec La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. en assumant la surprime qui s'y rattache.\*
- Moi et mon conjoint désirons poursuivre notre couverture pour les médicaments avec La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. en assumant la surprime qui s'y rattache.\*

\* **IMPORTANT :** Pour qu'un adhérent puisse poursuivre la couverture de son conjoint pour les médicaments avec La Capitale, il doit avoir conservé lui-même cette couverture à l'âge de 65 ans. Dans le cas contraire, le conjoint ne pourra poursuivre cette couverture avec La Capitale.

**Prendre note que la prime sera ajustée à la date du 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'assuré concerné.**

**Pour connaître le montant de la surprime, bien vouloir communiquer avec le représentant de votre employeur.**

**4 – SIGNATURE DE L'ADHÉRENT**

Signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ du mois \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'adhérent

**5 – SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR\***

Signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ du mois \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant de l'employeur

\***IMPORTANT :** Signature **non** requise si l'adhérent est retraité.

**S.V.P., retournez l'original à l'Assureur dans les 30 jours suivant l'atteinte du 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'assuré concerné et conservez une copie pour vos dossiers.**

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