La Capitale
Assureur de l'administration publique

ADHÉSION AU DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS

625, rue Jacques-Parizeau, Case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur : 418 646-0888
prest.sante@lacapitale.com

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

1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

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

2 - AUTORISATION

Par la présente, j'autorise La Capitale assureur de l'administration publique inc. à déposer mes prestations dans mon compte bancaire. **Veuillez compléter les informations bancaires ci-après, aucun spécimen n'est requis.**

No de succursale _____ No d'institution _____ No de compte _____

Garantie : ☐ **Dentaire** ☐ **Maladie** ☐ **Invalidité**

Nous vous prions de retourner ce formulaire dûment rempli à :

La Capitale assureur de l'administration publique inc.
625, rue Jacques-Parizeau
Case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9

3 – SIGNATURE

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

_____
Signature de l'adhérent

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