

La Capitale assureur de l'administration publique 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.	TÉLÉPHONE () RÉSIDENTE	
VILLE	CODE POSTAL		TÉLÉPHONE () TRAVAIL		

2 - AUTORISATION

A L'ATTENTION DU DIRECTEUR MEDICAL

J'autorise, par la présente, La Capitale assureur de l'administration publique inc. à communiquer au médecin suivant les raisons de la décision concernant ma demande d'assurance collective.

Nom du médecin _____

Adresse _____

Code postal _____

Demande d'assurance pour :

Nom _____

Adresse _____

Code postal _____

Date de naissance _____

3 – SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

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

Signature de l'adhérent

Signature du témoin

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.