

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

NO DE GROUPE	NO D'EMPLOYEUR	NO D'IDENTIFICATION

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE

NOM DU GROUPE		NOM DU MINISTÈRE OU DE L'ORGANISME	
NOM	PRÉNOM		NO D'EMPLOYÉ
N° RUE		APP.	TÉLÉPHONE RÉSIDENT
ADRESSE			
VILLE ET PROVINCE		CODE POSTAL	TÉLÉPHONE TRAVAIL

SECTION 2 - DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ

NOTE: LA DÉCLARATION ET L'AUTORISATION QUI SUIVENT S'APPLIQUENT ÉGALEMENT À CETTE DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ.

2.1 POUR CHAQUE PERSONNE À ASSURER, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS :

	NOM (NOM DE FILLE S'IL Y A LIEU)	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE / MOIS / JOUR	TAILLE PI PO/CM	POIDS ACTUEL LB/KILO	POIDS IL Y A UN AN LB/KILO
PERSONNE ADHÉRENTE						

ADHÉSION DE LA PERSONNE CONJOINTE

PERSONNE CONJOINTE						
-----------------------	--	--	--	--	--	--

2.2 ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

L'UN DE VOS PARENTS NATURELS OU DE VOS FRÈRES OU SOEURS NATURELS, VIVANTS OU DÉCÉDÉS, A-T-IL DÉJÀ SOUFFERT OU ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉ DE L'UNE DES MALADIES SUIVANTES : MALADIE DU COEUR OU DES REINS, HYPERTENSION ARTÉRIELLE, MALADIE POLYKYSTIQUE DES REINS, ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL, DIABÈTE, CANCER, SCLÉROSE EN PLAQUES, MALADIE D'ALZHEIMER, CHORÉE DE HUNTINGTON, MALADIE DU MOTONEURONE OU QUELQUE FORME DE MALADIE HÉRÉDITAIRE? **PERSONNE ADHÉRENTE :** OUI NON **PERSONNE CONJOINTE :** OUI NON

Membre de la famille	PERSONNE ADHÉRENTE					PERSONNE CONJOINTE				
	Affection	Âge au début de la maladie	Âge actuel	Âge au décès	Cause du décès	Affection	Âge au début de la maladie	Âge actuel	Âge au décès	Cause du décès
PÈRE										
MÈRE										
FRÈRE(S)										
SOEUR(S)										

2.3 EST-CE QUE L'UNE OU L'AUTRE DES PERSONNES À ASSURER		PERSONNE ADHÉRENTE		PERSONNE CONJOINTE		PRÉNOM
		OUI	NON	OUI	NON	
1)	EST ACTUELLEMENT ABSENTE DE SES OCCUPATIONS RÉGULIÈRES EN RAISON DE CONVALESCENCE, DE MALADIE OU DE BLESSURES OU L'A ÉTÉ AU COURS DES 3 DERNIÈRES ANNÉES? DATE : _____ RAISON : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2)	S'EST FAIT REFUSER, MODIFIER OU ACCEPTER AVEC SURPRIME UNE DEMANDE D'ASSURANCE? DATE : _____ CIE : _____ RAISON : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3)	PRATIQUE OU COMPTE PRATIQUER UN SPORT PROFESSIONNEL OU UNE ACTIVITÉ DE LOISIRS À RISQUES? PRÉCISEZ : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4)	PREND DES MÉDICAMENTS OU DES PRODUITS HOMÉOPATHIQUES? NOM : _____ QTÉ/JOUR : ____ RAISON : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5)	FAIT OU A DÉJÀ FAIT USAGE DE DROGUES, STUPÉFIANTS OU NARCOTIQUES? SORTE : _____ DATE DERNIÈRE CONSOMMATION : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6)	PRÉSENTE DES ANOMALIES PHYSIQUES OU MENTALES, DES INFIRMITÉS OU DES SÉQUELLES D'ACCIDENT? PRÉCISEZ : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7)	SOUFFRE OU A DÉJÀ SOUFFERT D'UNE MALADIE OU A PRÉSENTÉ UN PROBLÈME DE SANTÉ? DATE : _____ PRÉCISEZ : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

