

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° DE L'EMPLOYEUR

A- NOM DE L'ADHERENT (NOM DE FILLE S'IL Y A LIEU)		PRENOM	N° D'IDENTIFICATION		
ADRESSE	N°	RUE	APP.	VILLE	PROVINCE
NUMEROS DE TELEPHONE		FONCTION ACTUELLE (emploi)		TRAVAILLEZ-VOUS ACTUELLEMENT ?	SI NON, POUR QUELLES RAISONS?
RÉS. : () - TRAVAIL : () -				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

B- À REMPLIR PAR L'ADHÉRENT DANS TOUS LES CAS (PROTECTION INDIVIDUELLE, FAMILIALE OU MONOPARENTALE)

EST-CE QUE L'UNE OU L'AUTRE DES PERSONNES À ASSURER A DÉJÀ ÉTÉ ASSURÉE PAR UN RÉGIME DE SOINS DENTAIRES? OUI NON

SI OUI, JUSQU'À QUELLE DATE ? ____ / ____ / ____
Année Mois Jour

Prénom _____

RAISON DE LA CESSATION : _____

C- POUR CHAQUE PERSONNE À ASSURER, FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS :

PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	DATE DU DERNIER EXAMEN COMPLET CHEZ LE DENTISTE, LE DENTUROLOGISTE OU LE SPÉCIALISTE	DATE DU DERNIER TRAITEMENT CHEZ LE DENTISTE, LE DENTUROLOGISTE OU LE SPÉCIALISTE	NOM ET ADRESSE DU DENTISTE, DU DENTUROLOGISTE OU DU SPÉCIALISTE
ADHÉRENT				
CONJOINT				
ENFANT				
ENFANT				
ENFANT				

D- EST-CE QUE L'UNE OU L'AUTRE DES PERSONNES À ASSURER : (POUR LES RÉPONSES AFFIRMATIVES, PRÉCISEZ CI-DESSOUS)

	L'ADHÉRENT		LE CONJOINT		LES ENFANTS	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1) A CONSULTÉ POUR DES EXAMENS OU DES SOINS DENTAIRES AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) A DÉBUTÉ UN TRAITEMENT DENTAIRE QUI N'EST PAS ENCORE TERMINÉ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) AURA RECOURS À DES SOINS DENTAIRES AU COURS DES SIX PROCHAINS MOIS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) A ÉTÉ INFORMÉE PAR SON DENTISTE, SON DENTUROLOGISTE OU SON SPÉCIALISTE, DE SOINS DENTAIRES À VENIR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) A UNE PROTHÈSE DENTAIRE <input type="checkbox"/> COMPLÈTE OU <input type="checkbox"/> PARTIELLE DATE DU DERNIER CHANGEMENT : ____ / ____ / ____ Année / Mois / Jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXPLICATION DES RÉPONSES AFFIRMATIVES :

QUESTION N°	PRÉNOM	SOINS ET TRAITEMENTS DENTAIRES		NOM ET ADRESSE DU DENTISTE, DU DENTUROLOGISTE OU DU SPÉCIALISTE
		EN COURS	À VENIR	

E- DÉCLARATION

« Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques, et je reconnais qu'advenant l'établissement de la proposition, celle-ci sera régie par les conditions d'un contrat à l'égard de chacune des personnes à assurer susnommées. Je sais de plus que l'assurance souscrite par les présentes n'entrera en vigueur à l'égard de l'une ou l'autre des personnes susmentionnées que le jour où La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. l'approuvera et communiquera par écrit sa décision au proposant. » La présente proposition est considérée comme refusée si elle n'a pas reçu l'approbation du siège social de La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. dans les soixante jours suivant la date où elle a été remplie. De plus, toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de l'assurance.

Signé à _____ le ____ / ____ / ____
Année Mois Jour

_____ Adhérent _____ Conjoint

F- AUTORISATION

« J'autorise tout médecin, dentiste, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet et au sujet de mes personnes à charge, le cas échéant, à fournir à La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (ci-après appelée La Capitale) ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier.

J'autorise également La Capitale à communiquer ces renseignements aux personnes susnommées lorsque nécessaire, dans le cadre de ses activités et du traitement de mon dossier. »

Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Si vous avez adhéré à une protection familiale ou monoparentale, nous avons également besoin du consentement de votre conjoint et de vos personnes à charge âgées de 18 ans et plus.

Signature de l'adhérent ou si mineur, de son représentant légal _____ Date _____

Signature du conjoint _____ Date _____

Signature de la personne à charge âgée de 18 ans et plus _____ Date _____

Signature de la personne à charge âgée de 18 ans et plus _____ Date _____