

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 ( RÉSIDENCE ) ( )
VILLE	CODE POSTAL		TÉLÉPHONE ( TRAVAIL ) ( )

### 2 - DÉCLARATION

2.1 Est-ce que vous ou votre conjoint avez déjà fait usage de tabac au cours de la dernière année?

- Adhérent  Non  Oui
- Conjoint  Non  Oui

2.2 Si vous ou votre conjoint avez déjà fait usage de tabac et n'en faites plus usage, précisez la date où vous avez cessé définitivement :

- Adhérent \_\_\_\_\_  
(année-mois-jour)
- Conjoint \_\_\_\_\_  
(année-mois-jour)

### 3 - SIGNATURES

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

\_\_\_\_\_  
Signature de l'adhérent

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin (autre que l'adhérent)

\_\_\_\_\_  
Signature du conjoint

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin (autre que l'adhérent)

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.