

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° D'EMPLOYEUR | N° D'IDENTIFICATION |
|--------------|----------------|---------------------|
| | | |

1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

| | | | |
|---------|----------------|--------|-----------------------|
| NOM | | PRÉNOM | |
| ADRESSE | N° | RUE | APP. |
| | | | TÉLÉPHONE RÉSIDENT |
| VILLE | CODE POSTAL | | TÉLÉPHONE TRAVAIL |

2 – ÉTAT CIVIL

Célibataire

* **Conjoint de fait** Je déclare résider en permanence avec la personne indiquée ci-dessous et la présenter comme mon conjoint.

Nom du conjoint : _____

Date de naissance : _____

Date de cohabitation : _____

Divorcé

Nom de l'ex-conjoint : _____

Date de naissance : _____

Enfant(s) à la charge de : _____

Depuis le : _____

Jugement irrévocable prononcé le (date du divorce) : _____

* **Marié**

Nom du conjoint : _____

Date de naissance : _____

Date du mariage : _____

Séparé

Nom de l'ex-conjoint : _____

Date de naissance : _____

Enfant(s) à la charge de : _____

Depuis le : _____

Date de la séparation : _____

Union civile

Nom du conjoint : _____

Date de naissance : _____

Date de l'union : _____

Veuf

Nom du défunt : _____

Date du décès : _____

3 – ÉVÉNEMENT

* **Naissance d'un premier enfant** (si prévu au contrat)

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

* **Note :** Un délai de 31 jours suivant la date de l'événement est alloué pour adhérer à la protection familiale sans preuves d'assurabilité.

4 – SIGNATURES

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

Signature de l'adhérent

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.