

N° de groupe 	N° d'employeur 	N° d'identification 
------------------	--------------------	-------------------------

## 1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom		Prénom		Date de naissance (AAAA/MM/JJ) 			
N° rue, app.			Ville				
Province	Code Postal 	Téléphone principal 	Poste	Téléphone (autre) 	Poste		

## 2. AUTORISATION

**Je, soussigné, autorise** La Capitale assureur de l'administration publique inc. à communiquer à :

Nom de la (des) personne(s) autorisée(s) à recevoir les renseignements personnels me concernant (en lettres moulées)

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 (AAAA/MM/JJ)

Lien avec l'adhérent : \_\_\_\_\_

**IMPORTANT :** La présente autorisation est valable à partir du jour où elle est signée, en tout temps et en toutes circonstances, sauf si je la révoque par écrit par la suite.  
 Veuillez noter que la personne autorisée à recevoir des renseignements personnels aura accès à votre dossier d'assurance collective tant pour l'invalidité, le remboursement des frais médicaux et des professionnels de la santé, vos garanties, les primes facturées et certains renseignements concernant votre assurance vie

## 3. RÉVOCATION

**Je, soussigné, révoque** le droit d'accès à tous les renseignements contenus dans mon dossier à La Capitale assureur de l'administration publique inc. de la (des) personne(s) suivante(s) :

Nom de la (des) personne(s) (en lettres moulées)

## 4. SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

**Je déclare** que les renseignements fournis ci-dessus sont complets, véridiques et en conformité avec les conditions et les dispositions de mon contrat d'assurance collective. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de mon assurance.

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

Signature de l'adhérent \_\_\_\_\_

Le présent formulaire peut être transmis à l'Assureur par la poste, par télécopieur ou par courriel aux coordonnées inscrites ci-dessus.  
 Si vous n'avez pas transmis le document original, assurez-vous de le conserver en lieu sûr en cas de contrôle.  
 Il est à noter que l'Assureur peut exiger le document original en tout temps aux fins de vérification.