

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 (    ) RÉSIDENTE	
VILLE	CODE POSTAL		TÉLÉPHONE (    ) TRAVAIL		

**2 - AUTORISATION**

**A L'ATTENTION DU DIRECTEUR MEDICAL**

J'autorise, par la présente, La Capitale assureur de l'administration publique inc. à communiquer au médecin suivant les raisons de la décision concernant ma demande d'assurance collective.

Nom du médecin \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

**Demande d'assurance pour :**

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

**3 – SIGNATURE DE L'ADHÉRENT**

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

\_\_\_\_\_  
Signature de l'adhérent

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

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.