



Édifice Le Delta II
2875, boul. Laurier, bureau 100
Sainte-Foy (Québec) G1V 2M2
Courrier électronique :

Téléphone : (418) 644-4200
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 - AUTORISATION

Par la présente, j'autorise La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. à déposer mes prestations d'assurance maladie et/ou de soins dentaires dans mon compte.

Veillez joindre un spécimen de chèque avec la mention « Annulé »

Nous vous prions de retourner ce formulaire dûment rempli à :

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
Édifice Le Delta II
2875, boul. Laurier, bureau 100
Sainte-Foy (Québec) G1V 2M2

3 - 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.