



Édifice Le Delta II
2875, boulevard Laurier, bureau 100
Case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9
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 () RÉSIDENTE
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, boulevard Laurier, bureau 100
Case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9

3 - SIGNATURE

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

Signature de 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.