

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
625, rue Saint-Amable, case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur : 418 641-4321 • adm.collectif@lacapitale.com

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

1 IDENTIFICATION

DE L'ADHÉRENT (VOUS)

Nom et prénom	Nom à la naissance (si différent)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance Année Mois Jour
Adresse (numéro, rue et n° app.)			N° tél. (résidence) () -
Ville	Province	Code postal	N° tél. (bureau) () -

DE VOTRE CONJOINT (SI VOUS DÉSIREZ L'ASSURER)

Nom et prénom	Nom à la naissance (si différent)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance Année Mois Jour
---------------	-----------------------------------	---	--

DE VOS ENFANTS (SI VOUS DÉSIREZ LES ASSURER) *Si vous avez plus de 2 enfants, veuillez utiliser un second formulaire.

Enfant 1	Nom et prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance Année Mois Jour
Enfant 2	Nom et prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance Année Mois Jour

2 RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI DE L'ADHÉRENT

Profession			
Êtes-vous actuellement au travail?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sinon, depuis quelle date?	Année Mois Jour
			Raison de l'arrêt de travail:

3 TAILLE ET POIDS DES PERSONNES À ASSURER

Personne à assurer	Taille <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pi / po	Poids actuel <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb	Poids il y a un an <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb	Raison de la variation s'il y a lieu
Adhérent				
Conjoint				
Enfant 1				
Enfant 2				

4 ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

Avez-vous déjà présenté une demande d'assurance vie, maladies redoutées ou invalidité qui a été refusée, reportée, modifiée ou qui a fait l'objet d'une surprime ou d'une exclusion ?

Personne à assurer	Non	Oui	Date Année / mois	Nom de la compagnie d'assurance	Type d'assurance	Raison de la décision
Adhérent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Enfant 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Enfant 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

5 CONSOMMATION DE TABAC ET DE DROGUES

	ADHÉRENT	CONJOINT	ENFANT 1	ENFANT 2
<p>■ Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé la cigarette, le cigarillo, la pipe ou fait usage de toute autre forme de tabac, de marijuana ou d'un substitut comme la gomme ou le timbre à la nicotine (<i>patch</i>) ?</p> <p>Si vous avez cessé votre utilisation au cours des 12 derniers mois, indiquer la date de cessation:</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Année Mois	Année Mois	Année Mois	Année Mois
<p>■ Avez-vous déjà consommé des médicaments ou des drogues pour une raison autre que médicale ?</p> <p>Nom de la substance:</p> <p>Date de la dernière consommation:</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Année Mois	Année Mois	Année Mois	Année Mois

Suite au verso

