



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.**