



**La Capitale assurances et
gestion du patrimoine inc.**

Édifice Le Delta 3, 2875, boul. Laurier, bureau 400
C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9

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 – ÉTAT CIVIL DE L'ADHÉRENT

- Célibataire Union civile Séparé Veuf
 Marié Conjoint de fait Divorcé

Date de l'événement s'il y a lieu : _____

3 – IDENTIFICATION DE LA OU DES PERSONNE(S) À CHARGE

CONJOINT		
Nom et prénom : _____		
Date de naissance : _____ (année-mois-jour)		
ENFANT	Nom de l'établissement fréquenté	Étudiant à temps plein¹ ou atteint d'une déficience fonctionnelle²
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ (année-mois-jour)	_____	<input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein Du _____ au _____ <input type="checkbox"/> Déficience fonctionnelle
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ (année-mois-jour)	_____	<input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein Du _____ au _____ <input type="checkbox"/> Déficience fonctionnelle
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ (année-mois-jour)	_____	<input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein Du _____ au _____ <input type="checkbox"/> Déficience fonctionnelle

- NOTES :** 1 Temps plein signifie 4 cours ou 12 crédits ou 12 heures par session. Les mêmes critères s'appliquent pour les cours par correspondance dans une institution reconnue.
 2 Vous devez nous transmettre une lettre du médecin confirmant le handicap et une preuve d'attestation provenant de la Régie des rentes du Québec, de Revenu Québec ou de Revenu Canada.

La forme masculine est utilisée pour faciliter la lecture du document, elle désigne autant le féminin que le masculin.