



Édifice Le Delta 3
 2875, boulevard Laurier, bureau 400
 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 ()
 RÉSIDENCE ()

VILLE CODE POSTAL TÉLÉPHONE ()
 TRAVAIL ()

ÉTAT CIVIL DEPUIS LE _____ CÉLIBATAIRE DIVORCÉ MARIÉ MONOPARENTAL SÉPARÉ UNION CIVILE VEUF

2 – DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

2.1 CECI FAIT FOI que l'employé susmentionné est assuré pour la somme de _____ \$ en vertu du contrat d'assurance collective précité.

2.2 Au moment de son décès, il était employé en qualité de _____ (occupation) par le soussigné et son entrée à notre service datait du _____.

2.3 Date du dernier jour travaillé : _____ (année-mois-jour)

Salaire annuel (selon le dernier jour travaillé) : _____ \$

Statut d'emploi lors du décès :

en service régulier congé sans solde du _____ au _____ (année-mois-jour) (année-mois-jour)

vacances du _____ au _____ (année-mois-jour) (année-mois-jour) préretraite _____ (année-mois-jour)

congé de maladie depuis le _____ (année-mois-jour) retraite _____ (année-mois-jour)

2.4 Date du décès : _____ (année-mois-jour)

2.5 Cause du décès : accident maladie

3 – DOCUMENTS À FOURNIR

- 3.1 Veuillez joindre les formulaires d'adhésion et/ou de désignations de bénéficiaires que vous détenez, pour les assurances collectives actuelles et précédentes de l'employé décédé.
- 3.2 Annexer au présent document une photocopie des plus récents T4 **ou** Relevé 1 **ou** du registre de paie.
- 3.3 Veuillez nous transmettre les coordonnées (nom, prénom, adresse et numéro de téléphone) de la personne avec laquelle nous pouvons communiquer pour obtenir des renseignements supplémentaires, s'il y a lieu.

4 – SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

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

 Signature

**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.**



Édifice Le Delta 3
 2875, boulevard Laurier, bureau 400
 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 ()
 RÉSIDENCE

VILLE CODE POSTAL TÉLÉPHONE ()
 TRAVAIL

ÉTAT CIVIL DEPUIS LE _____ CÉLIBATAIRE DIVORCÉ MARIÉ MONOPARENTAL SÉPARÉ UNION CIVILE VEUF

2 – IDENTIFICATION DE LA PERSONNE À CHARGE DÉCÉDÉE

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F

Lien de parenté : _____ Date de naissance : _____ Date du décès : _____
(année-mois-jour) (année-mois-jour)

ÉTAT CIVIL DEPUIS LE _____ CÉLIBATAIRE DIVORCÉ MARIÉ MONOPARENTAL SÉPARÉ UNION CIVILE VEUF

3 – DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

3.1 CECI FAIT FOI que l'employé susmentionné est assuré en vertu du contrat d'assurance collective précité.

3.2 En vertu de ce contrat, **la personne à charge** susmentionnée est assurée pour la somme de _____ \$.

3.3 Statut d'emploi de l'employé :

en service régulier congé sans solde du _____ au _____
(année-mois-jour) (année-mois-jour)

vacances du _____ au _____ préretraite _____
(année-mois-jour) (année-mois-jour) (année-mois-jour)

congé de maladie depuis le _____ retraite _____
(année-mois-jour) (année-mois-jour)

3.4 Cause du décès : accident maladie

4 – DOCUMENTS À FOURNIR

- 4.1 Annexer au présent document une photocopie des plus récents T4 **ou** Relevé 1 **ou** du registre de paie.
- 4.2 Veuillez nous transmettre les coordonnées (nom, prénom, adresse et numéro de téléphone) de la personne avec laquelle nous pouvons communiquer pour obtenir des renseignements supplémentaires, s'il y a lieu.

5 – SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

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

Signature

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.