



11204

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

NO DE GROUPE	NO D'EMPLOYEUR	NO D'IDENTIFICATION

A- NOM DE L'ADHÉRENT (NOM DE FILLE S'IL Y A LIEU) PRÉNOM

N° RUE APP. VILLE PROVINCE CODE POSTAL
ADRESSE

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE FONCTION ACTUELLE (emploi) TRAVAILLEZ-VOUS ACTUELLEMENT ? SI NON, POUR QUELLES RAISONS?
RÉS. : () - TRAVAIL : () - OUI NON

B- POUR CHAQUE PERSONNE À ASSURER, FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS :

NOM (NOM DE FILLE S'IL Y A LIEU)	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE / MOIS / JOUR	TAILLE PI PO/CM	POIDS ACTUEL LB/KILO	POIDS IL Y A UN AN LB/KILO
ADHÉRENT					
ADHÉSION DES PERSONNES À CHARGE (PROTECTION FAMILIALE OU MONOPARENTALE)					
CONJOINT					
ENFANT					
ENFANT					
ENFANT					

C- QUESTIONNAIRE MÉDICAL

IMPORTANT : RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET FOURNIR LES DÉTAILS DEMANDÉS À LA SECTION « D » AU VERSO, SI NÉCESSAIRE

EST-CE QUE L'UNE OU L'AUTRE DES PERSONNES À ASSURER	ADHÉRENT		CONJOINT		ENFANT(S)		PRÉNOM
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	
1) EST ACTUELLEMENT ABSENTE DE SES OCCUPATIONS RÉGULIÈRES EN RAISON DE CONVALESCENCE, DE MALADIE OU DE BLESSURES OU L'A ÉTÉ AU COURS DES 3 DERNIÈRES ANNÉES ? DATE : _____ RAISON : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2) S'EST FAIT REFUSER, MODIFIER OU ACCEPTER AVEC SURPRIME UNE DEMANDE D'ASSURANCE? DATE : _____ CIE : _____ RAISON : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3) PRATIQUE OU COMPTE PRATIQUER UN SPORT PROFESSIONNEL OU UNE ACTIVITÉ DE LOISIRS À RISQUES? PRÉCISEZ : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4) PREND DES MÉDICAMENTS OU DES PRODUITS HOMÉOPATHIQUES? NOM : _____ QTÉ/JOUR : ____ RAISON : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5) FAIT OU A DÉJÀ FAIT USAGE DE DROGUES, STUPÉFIANTS OU NARCOTIQUES? SORTE : _____ DATE DERNIÈRE CONSOMMATION : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6) PRÉSENTE DES ANOMALIES PHYSIQUES OU MENTALES, DES INFIRMITÉS OU DES SÉQUELLES D'ACCIDENT? PRÉCISEZ : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7) SOUFFRE OU A DÉJÀ SOUFFERT D'UNE MALADIE OU A PRÉSENTÉ UN PROBLÈME DE SANTÉ? DATE : _____ PRÉCISEZ : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8) CONSULTE OU PRÉVOIT CONSULTER UN MÉDECIN OU SUBIR UNE OPÉRATION OU EN A ÉTÉ AVISÉE? PRÉCISEZ : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9) CONSULTE OU PRÉVOIT CONSULTER UN AUTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ OU UN THÉRAPEUTE Y COMPRIS EN MÉDECINES DOUCES? PRÉCISEZ : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10) AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES , A CONSULTÉ UN MÉDECIN, UN THÉRAPEUTE OU UN AUTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ, Y COMPRIS EN MÉDECINES DOUCES, OU A ÉTÉ ADMISE DANS UN HÔPITAL OU UN AUTRE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ? SI OUI, PRÉCISEZ À LA SECTION « D »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11) A SUBI, DOIT SUBIR OU A ÉTÉ CONSEILLÉE OU AVISÉE DE SUBIR UN TEST DE DÉPISTAGE DU SIDA? DATE : _____ RAISON : _____ RÉSULTAT : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

