

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 : 418 646-0888
 prest.sante@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 bancaire. **Veillez compléter les informations bancaires ci-après, aucun spécimen n'est requis).**

No de succursale	No d'institution	No de compte

Nous vous prions de retourner ce formulaire dûment rempli à :

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
 Édifice Le Delta 3
 2875, boulevard Laurier, bureau 400
 Case postale 1500
 Québec (Québec) G1K 8X9

3 – SIGNATURE

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

Signature de l'adhérent

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