

La Capitale assureur de l'administration publique inc.
625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur : 418 646-1313 • adm.collectif@lacapitale.com

N° de groupe	N° d'employeur	Classe	N° d'identification
--------------	----------------	--------	---------------------

1 IDENTIFICATION

DE L'ADHÉRENT (VOUS)

Nom et prénom	Nom à la naissance (si différent)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance Année Mois Jour
Adresse (numéro, rue et n° app.)		N° tél. (résidence) () -	
Ville	Province	Code postal	N° tél. (bureau) () -

DE VOTRE CONJOINT (SI VOUS DÉSIREZ L'ASSURER)

Nom et prénom	Nom à la naissance (si différent)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance Année Mois Jour
---------------	-----------------------------------	---	--

DE VOS ENFANTS (SI VOUS DÉSIREZ LES ASSURER) *Si vous avez plus de 2 enfants, veuillez utiliser un second formulaire.

Enfant 1	Nom et prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance Année Mois Jour
Enfant 2	Nom et prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance Année Mois Jour

2 RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI DE L'ADHÉRENT

Profession			
Êtes-vous actuellement au travail?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sinon, depuis quelle date?	Année Mois Jour
			Raison de l'arrêt de travail :

3 TAILLE ET POIDS DES PERSONNES À ASSURER

Personne à assurer	Taille <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pi / po	Poids actuel <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb	Poids il y a un an <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb	Raison de la variation s'il y a lieu
Adhérent				
Conjoint				
Enfant 1				
Enfant 2				

4 ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

Avez-vous déjà présenté une demande d'assurance vie, maladies redoutées ou invalidité qui a été refusée, reportée, modifiée ou qui a fait l'objet d'une surprime ou d'une exclusion ?

Personne à assurer	Non	Oui	Date Année / mois	Nom de la compagnie d'assurance	Type d'assurance	Raison de la décision
Adhérent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Enfant 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Enfant 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

5 CONSOMMATION DE TABAC ET DE DROGUES

	ADHÉRENT	CONJOINT	ENFANT 1	ENFANT 2
<p>■ Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé la cigarette, le cigarillo, la pipe ou fait usage de toute autre forme de tabac, de marijuana ou d'un substitut comme la gomme ou le timbre à la nicotine (<i>patch</i>) ?</p> <p>Si vous avez cessé votre utilisation au cours des 12 derniers mois, indiquer la date de cessation :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Année Mois	Année Mois	Année Mois	Année Mois
<p>■ Avez-vous déjà consommé des médicaments ou des drogues pour une raison autre que médicale ?</p> <p>Nom de la substance :</p> <p>Date de la dernière consommation :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Année Mois	Année Mois	Année Mois	Année Mois

Suite au verso

6 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET PERSONNELS					
IMPORTANT : Répondre à toutes les questions et dans l'affirmative, préciser les informations pertinentes à la section 7.		ADHÉRENT	CONJOINT	ENFANT 1	ENFANT 2
Est-ce que la personne à assurer :					
1.	a, au cours des 3 dernières années, été incapable de vaquer à ses occupations régulières en raison d'une convalescence, maladie ou blessure ? Si oui, préciser la durée et la raison.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2.	a déjà présenté des signes, consulté un médecin ou été traitée en raison de ce qui suit : troubles cardiaques, troubles de vaisseaux sanguins, troubles rénaux, troubles pulmonaires, troubles anxieux, troubles du système nerveux, troubles psychologiques, troubles au dos, taux de cholestérol élevé, arthrite, hypertension artérielle, diabète, hépatite, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, cancer, tumeur, séropositivité, SIDA, sclérose en plaques ou problème de santé à la suite d'un accident ? Préciser le nom et l'adresse de votre médecin traitant.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3.	souffre d'une infirmité, malformation ou autre maladie physique, nerveuse ou mentale ? Si oui, préciser laquelle.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4.	prend des médicaments, des produits homéopathiques, reçoit des traitements ou suit une diète ? Si oui, préciser lesquels.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5.	a, au cours des 5 dernières années, consulté un médecin, un thérapeute ou un professionnel de la santé (psychologue, chiropraticien, etc.), y compris en médecine douce, ou été admise dans un hôpital ou un autre établissement de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6.	prévoit, au cours des 12 prochains mois, consulter un médecin, un thérapeute ou un professionnel de la santé (psychologue, chiropraticien, etc.), y compris en médecine douces, ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7.	a subi, doit subir ou a été encouragée à subir un test de dépistage du VIH/SIDA ? Préciser la date et le résultat.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8.	a fait au cours de 2 dernières années ou a l'intention de faire des envolées aériennes autrement qu'en tant que passager ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9.	a fait au cours des 2 dernières années ou a l'intention de faire de l'alpinisme, des courses de véhicules motorisés, du deltaplane, du parachutisme, de la plongée sous-marine, ou tout autre activité ou sport hasardeux ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10.	s'est fait suspendre ou retirer son permis de conduire au cours des 3 dernières années ? Préciser la date et la raison.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11.	a, au cours des 2 dernières années, voyagé ou séjourné à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, ou a l'intention, au cours des 2 prochaines années, de voyager ou séjourner à l'extérieur du Canada ou des États-Unis ? Si oui, préciser le pays, la date, la raison et la durée du séjour.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12.	consomme des boissons alcooliques ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si oui :	Quantité hebdomadaire actuelle/il y a 1 an	Quantité hebdomadaire actuelle/il y a 1 an	Quantité hebdomadaire actuelle/il y a 1 an	Quantité hebdomadaire actuelle/il y a 1 an
	Bière (verres)				
	Vin (verres)				
	Spiritueux (onces)				
13.	a subi une cure de désintoxication pour consommation de boissons alcooliques ou de drogues, ou a été encouragée à le faire ? Si oui, préciser la date et la raison de la cure.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

7 EXPLICATIONS		À remplir pour chacune des réponses affirmatives de la section 6. Au besoin, utiliser une feuille supplémentaire datée et signée par la personne à assurer, ou par son tuteur légal si elle est mineure, et la joindre au présent formulaire.
Question N°	Nom de la personne concernée	Dates et raisons des consultations médicales, maladies, diagnostics, hospitalisations, chirurgies, traitements, médicaments et dosages, résultats d'examen, noms et adresses des médecins ou hôpitaux visités, durée de l'absence au travail ou toute autre information relatives aux questions de la section 6.

8 AUTORISATION ET DÉCLARATION

« J'autorise tout médecin, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet et au sujet de mes personnes à charge, le cas échéant, à fournir à La Capitale assureur de l'administration publique inc. (ci-après appelée « La Capitale ») ou à ses mandataires tous les renseignements nécessaires au traitement de mon dossier.

J'autorise également La Capitale à communiquer ces renseignements aux personnes susmentionnées lorsque nécessaire, dans le cadre de ses activités et du traitement de mon dossier. »
 Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

« Je confirme que les renseignements contenus dans ce formulaire sont vrais, sachant que La Capitale se base sur ces renseignements pour accepter ou refuser ma demande et je comprends que toute déclaration incomplète, inexacte, fautive ou mensongère peut entraîner l'annulation de mon contrat d'assurance. »

	Signature de l'adhérent ou, si mineur, de son tuteur légal	_____	Date	_____		Signature de la personne conjointe	_____	Date	_____
	Signature de la personne à charge âgée de 18 ans ou plus	_____	Date	_____		Signature de la personne à charge âgée de 18 ans ou plus	_____	Date	_____

CONSERVER UNE COPIE ET RETOURNER L'ORIGINAL À L'ASSUREUR

