



11204

 Édifice Le Delta III
 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)

MAISON : () - TRAVAIL : () -

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	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	TAILLE	POIDS ACTUEL	POIDS IL Y A UN AN
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 OUI NON	CONJOINT OUI NON	ENFANT(S) OUI NON	PRÉNOM
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"/>	_____

P007 (2008-08-04)

À L'USAGE DE L'ASSUREUR

(SUITE AU VERSO)



