

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU CLIENT

Nom du client		Prénom du client	
No, rue, app.		Ville	
Province	Code postal	Téléphone (résidence)	Téléphone (travail)
Date de naissance :			
Année Mois Jour		N° de police	Courriel du client

AUTORISATION

Par la présente, j'autorise La Capitale sécurité financière à déposer mes prestations dans mon compte bancaire. **Veuillez compléter les informations bancaires ci-après ou joindre un spécimen de chèque.**

			
Numéro de succursale	Numéro de l'institution	Numéro du compte	Numéro de succursale
			Numéro de l'institution
			Numéro du compte

Trois façons simples de nous retourner le formulaire :

- 1) Par la poste :** La Capitale sécurité financière
7150, Derrycrest Drive
Mississauga (Ontario) L5W 0E5
- 2) Par courriel** (photo ou numérisation du formulaire) : claims@lacapitale.com
- 3) Par télécopieur :** 905 795-2313

Dans le cas où un dépôt ne pourrait être effectué, nous vous enverrons un chèque.

DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je déclare que les renseignements indiqués dans le présent formulaire sont complets et véridiques. J'atteste que ma signature, si apposée électroniquement, a la même valeur juridique que ma signature manuscrite. Toute reproduction de ce formulaire dont l'intégrité est assurée a la même valeur juridique que l'original.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____.

 _____
Signature du client