

Beneva

625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur : (418) 646-1313 • suivis-dossierscollectif@beneva.ca

N° de groupe						
--------------	--	--	--	--	--	--

N° d'employeur				
----------------	--	--	--	--

N° d'identification																	
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom		Prénom				Date de naissance (AAAA/MM/JJ)			
N°, rue, app.		Ville							
Province	Code Postal	Téléphone principal		Poste	Téléphone (autre)		Poste		

2. AUTORISATION

À L'ATTENTION DU DIRECTEUR MÉDICAL

J'autorise, par la présente, La Capitale assureur de l'administration publique inc. à communiquer au médecin suivant les raisons de la décision concernant ma demande d'assurance collective.

Nom du médecin : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Demande d'assurance pour :

Nom : _____

Date de naissance : _____
(AAAA/MM/JJ)

Adresse : _____

Code postal : _____

3. SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont complets et véridiques. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de mon assurance.

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

Signature de l'adhérent _____

Le présent formulaire peut être transmis à l'Assureur par la poste, par télécopieur ou par courriel aux coordonnées inscrites ci-dessus.
 Si vous n'avez pas transmis le document original, assurez-vous de le conserver en lieu sûr en cas de contrôle.
 Il est à noter que l'Assureur peut exiger le document original en tout temps aux fins de vérification.