AVIS DE MOUVEMENT

La Capitale
assurances et gestion du patrimoine

11102

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

N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR

1 – NOM DE L'EMPLOYEUR

N^0 de téléphone ( )

2 – MOUVEMENT(S)

No d'identification	Nom de l'adhérent	Code	Date du changement	Précisez

CODES * **Le maintien de la garantie d'assurance maladie de base est obligatoire en vertu de la Loi sur l'assurance-médicaments (L.R.Q. A-29.01), et ce, pour la période maximale prévue au contrat, si tel est le cas.**

CODE	RAISON	PRÉCISION
A	Départ définitif	Indiquer la raison
B	Décès	
C	Changement de salaire	Salaire annuel
D	Retraite	Joindre le formulaire si requis
E	Retour au travail	À la suite d'une mise à pied temporaire, css, invalidité, etc.
F	Date de début d'invalidité	Dernier jour travaillé
G	Congé sans solde avec participation	Conserver toutes les garanties
* H	Congé sans solde sans participation	Conserver la garantie d'assurance maladie de base
I	Mise à pied temporaire avec participation	Conserver la garantie d'assurance maladie de base et vie
* J	Mise à pied temporaire sans participation	Conserver la garantie d'assurance maladie de base
K	Retrait préventif (csst)	Conserver toutes les garanties
L	Congé de maternité	Conserver toutes les garanties
M	Congé parental	Conserver toutes les garanties
N	Congé sans solde parental avec participation	Conserver la garantie d'assurance maladie de base et vie
* O	Congé sans solde parental sans participation	Conserver la garantie d'assurance maladie de base
P	Autre	Préciser

3 – SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

Signature

Date

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

Chaque employeur reproduit ce formulaire pour ses besoins.