La Capitale
assurances et gestion du patrimoine

11102

AVIS DE MOUVEMENT

Édifice Le Delta II
2875, boulevard Laurier, bureau 100
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.