



Édifice Le Delta II
2875, boul. Laurier, bureau 100
Sainte-Foy (Québec) G1V 2M2
Courrier électronique :

Téléphone : (418) 644-4200
1 800 463-4856
Télécopieur : (418) 646-1313
adm.collectif@lacapitale.com

| | | |
|--------------|----------------|---------------------|
| N° DE GROUPE | N° D'EMPLOYEUR | N° D'IDENTIFICATION |
| 5492 | | |

1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

| | | | |
|---------|-------------|--------|---------------------------|
| NOM | | PRÉNOM | |
| ADRESSE | N° | RUE | APP. |
| | | | TÉLÉPHONE () RÉSIDENT |
| VILLE | CODE POSTAL | | TÉLÉPHONE () TRAVAIL |

2 – PÉRIODE(S) DE PAIE OÙ S'APPLIQUE LE REMBOURSEMENT

Du _____ au _____

Nombre de périodes de paie : _____

Note : Aucun remboursement de primes ne sera effectué pour le fractionnement d'une période de paie.

3 – RAISON DU REMBOURSEMENT

Inscrire le code correspondant : _____

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. Exonération des primes pour cause d'invalidité | 5. Annulation de garantie(s) |
| 2. Exemption | 6. Pas admissible |
| 3. Primes retenues par erreur pour une ou des garantie(s) non choisie(s) | 7. Autre (spécifiez) : _____ |
| 4. Primes retenues en trop | _____ |

4 – MONTANT DU REMBOURSEMENT

| Pour l'adhérent | Individuelle | Monoparentale | Familiale | Total des primes | Nombre de périodes | Total à rembourser |
|----------------------------|--------------|---------------|-----------|------------------|--------------------|--------------------|
| Maladie (part employé) | | | | | | |
| Invalidité prolongée | | | | | | |
| Vie de base | | | | | | |
| M.A.M. | | | | | | |
| Vie des personnes à charge | | | | | | |
| Vie additionnelle | | | | | | |
| a) adhérent | a-> | | | | | |
| b) conjoint | b-> | | | | | |

| Pour employeur | Individuelle | Monoparentale | Familiale | Total des primes | Nombre de périodes | Total à rembourser |
|--------------------------|--------------|---------------|-----------|------------------|--------------------|--------------------|
| Maladie (part employeur) | | | | | | |

Note : Ne pas faire le calcul de la taxe, La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. l'ajoute automatiquement au montant des primes à rembourser.

5 – SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

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

Signature () Numéro de téléphone

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.