

**La Capitale assureur de l'administration publique inc.**

625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9

418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur : 418 646-1313 • adm.collectif@lacapitale.com

N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
<b>009900</b>		

**1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE**

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

**2 – CESSATION DE DÉDUCTION**

Cochez la raison	Date du début du congé ou de l'événement (année-mois-jour)	Date du retour au travail (année-mois-jour)
<input type="checkbox"/> Assurance traitement	_____	_____
<input type="checkbox"/> Retraite pour invalidité	_____	_____
<input type="checkbox"/> Retraite	_____	_____
<input type="checkbox"/> Démission	_____	_____
<input type="checkbox"/> Congédiement	_____	_____
<input type="checkbox"/> Révocation (2 ans d'invalidité)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Décès	_____	_____
<input type="checkbox"/> * Mise à pied temporaire	_____	_____
<input type="checkbox"/> * Suspension	_____	_____
<input type="checkbox"/> ** Congé sans solde	_____	_____
<input type="checkbox"/> ** Congé sans solde à la suite d'un congé parental	_____	_____
<input type="checkbox"/> * Congédiement contesté par grief	_____	_____
<input type="checkbox"/> * Fin d'emploi (occasionnel(le) admissible à l'assurance)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____	_____	_____

\* La personne adhérente peut maintenir l'ensemble des garanties, sauf l'assurance traitement.

\*\* La personne adhérente peut maintenir l'ensemble des garanties.

**3 – DÉCLARATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE**

Je déclare par la présente que je désire :

- Conserver les garanties de mon assurance collective
- Annuler toutes les garanties de mon assurance collective sauf le régime obligatoire d'assurance maladie qui inclut l'assurance médicaments

Signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ du mois \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

Signature \_\_\_\_\_

Note : À défaut de cocher l'une des cases de cette section ou de signer le présent formulaire, la personne adhérente verra toutes ses garanties facultatives suspendues à la date du départ. Pour remettre ses garanties en vigueur, la personne adhérente devra retourner à l'Assureur le présent formulaire dûment rempli et signé au cours des 31 premiers jours de son absence. Dans un tel cas, les primes seront payables à compter de la date du départ.

**4 – SIGNATURE DU REPRÉSENTANT CHEZ L'EMPLOYEUR**

Signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ du mois \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

Signature \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
No de téléphone \_\_\_\_\_

**Chaque employeur reproduit ce formulaire pour ses besoins.**