

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

- Interruption temporaire de travail
 Retour au travail

N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
001008 001010		

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 invalidité	_____	_____
<input type="checkbox"/> * Mise à pied temporaire	_____	_____
<input type="checkbox"/> * Suspension	_____	_____
<input type="checkbox"/> * Congé sans solde	_____	_____
<input type="checkbox"/> * Congédiement contesté par grief	_____	_____
<input type="checkbox"/> ** Fin de contrat	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____	_____	_____

* L'ensemble des garanties peut être maintenu, avec paiement de la prime, y compris la part employeur, le cas échéant.

** Je ne veux pas conserver mes garanties durant la période de 2 mois suivant la date de fin, comme prévu au contrat.
Si l'adhérent conserve ses garanties, la fin du contrat doit être transmise à l'Assureur par l'avis de mouvement habituel.

3 - DÉCLARATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

Je déclare par la présente que je désire :

- Conserver les garanties de mon assurance collective
- Annuler seulement les garanties du bloc suivant :
- Assurances vie
 - Assurance invalidité
- Annuler toutes les garanties de mon assurance collective, à l'exception de l'assurance maladie et de l'assurance soins dentaires.

4 - SIGNATURE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

Je m'engage à rembourser la prime afférente directement à l'employeur de la façon suivante :

Signature () -
No de téléphone Date

Note : À défaut de cocher l'une des cases de cette section ou de signer le présent formulaire, la personne adhérente verra ses garanties suspendues à la date du départ, à l'exception de l'assurance maladie et l'assurance soins dentaires (2^e choix). La personne adhérente dispose d'un délai de 30 jours après la date du départ pour remettre les garanties en vigueur. Pour ce faire, elle doit transmettre à l'Assureur le présent formulaire dûment rempli et signé à l'intérieur de ce délai. Dans un tel cas, les primes seront payables à compter de la date du départ.

5 - SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

Signature () -
No de téléphone Date

**La forme masculine est utilisée pour faciliter la lecture du document, elle désigne autant le féminin que le masculin.
SVP reproduire ce formulaire pour vos besoins.**