

La Capitale assureur de l'administration publique inc.

625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9

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

N° de groupe					
0	0	8	0	0	0

N° d'employeur			

N° d'identification									

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom			Prénom			Date de naissance (AAAA/MM/JJ)					
N°, rue, app.						Ville					
Province		Code postal		Téléphone principal			Poste	Téléphone (autre)			Poste

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

Du _____ au _____
Date (AAAA-MM-JJ) Date (AAAA-MM-JJ)

Nombre de période de paie¹ : _____.

Note 1 : Aucun remboursement de primes ne sera effectué pour le fractionnement d'une période de paie.

3. RAISON DU REMBOURSEMENT

Inscrire le code correspondant : _____.

- Exonération des primes pour cause d'invalidité
- Exemption
- Primes retenues par erreur pour une ou des garantie(s) non choisie(s)
- Primes retenues en trop
- Annulation de garantie(s)
- Pas admissible
- Autre (spécifiez) : _____

4. MONTANT DU REMBOURSEMENT

Pour l'adhérent	Code de plan	Prime par période	Nombre de périodes	Total à rembourser
Régime obligatoire d'assurance maladie		\$		\$
Régime facultatif d'assurance vie de base de l'adhérent		\$		\$
Régime facultatif d'assurance vie additionnelle de l'adhérent		\$		\$
Garantie additionnelle en cas de mort ou mutilation par accident		\$		\$
Régime de prolongation de la protection antérieure (C4)		\$		\$
Régime facultatif d'assurance vie du conjoint		\$		\$
Régime facultatif d'assurance vie des enfants à charge		\$		\$
Régime unique obligatoire d'assurance traitement de longue durée		\$		\$
			SOUS-TOTAL :	\$
			Taxe 9 % :	\$
			GRAND TOTAL :	\$

Pour employeur				
Régime obligatoire d'assurance maladie		\$		\$

5. SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

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

Signature _____ Téléphone _____

Le présent formulaire peut être transmis à l'Assureur par la poste, par télécopieur ou par courriel aux coordonnées inscrites ci-dessus.
Si vous n'avez pas transmis le document original, assurez-vous de le conserver en lieu sûr en cas de contrôle.
Il est à noter que l'Assureur peut exiger le document original en tout temps aux fins de vérification.