

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
008000		

1 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM		PRÉNOM	
ADRESSE	N°	RUE	APP.
			TÉLÉPHONE () RÉSIDENTE
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
Régime d'assurance maladie (part employé) Santé 1 Santé 2 Santé 3						
Régime facultatif d'assurance vie Vie de base et M.A.M. de l'adhérent Vie additionnelle de l'adhérent M.A.M. additionnelle de l'adhérent Vie du conjoint Vie de l'enfant						
Régime d'assurance traitement Régime de base obligatoire Traitement enrichi						
Pour employeur						
Accident-maladie de base (part employeur)						

Note : Ne pas faire le calcul de la taxe, La Capitale assureur de l'administration publique 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.