

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
009900		

1 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE

NOM		PRÉNOM	
ADRESSE	N°	RUE	APP.
			TÉLÉPHONE () RÉSIDENCE
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 la personne adhérente	Plan	Protection individuelle	Protection monoparentale	Protection familiale	Total des primes	Nombre de périodes	Total à rembourser
Assurance maladie (part employé) a) régime de base b) régime intermédiaire c) régime enrichi							
Assurance traitement en cas d'invalidité prolongée de la personne adhérente							
Assurance vie de base de la personne adhérente							
Assurance mort ou mutilation accidentelle de la personne adhérente							
Assurance vie de base a) des enfants à charge b) des enfants à charge et de la personne conjointe							
Assurance vie additionnelle de la personne adhérente							
Assurance vie additionnelle de la personne conjointe							
Assurance maladies redoutées de la personne adhérente							
Assurance maladies redoutées de la personne conjointe							
SOUS-TOTAL							
Taxe 9 %							
GRAND TOTAL							
Pour l'employeur							
Assurance maladie (part employeur)							

5 - SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

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

Signature _____ (_____) Numéro de téléphone _____