

N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
<b>005492</b>		

**1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT**

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  
 2. Exemption  
 3. Primes retenues par erreur pour une ou des garantie(s) non choisie(s)  
 4. Primes retenues en trop

5. Annulation de garantie(s)  
 6. Pas admissible  
 7. Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

**4 – MONTANT DU REMBOURSEMENT**

Pour l'adhérent	Individuelle	Monoparentale	Familiale	Total des primes	Nombre de périodes	Total à rembourser
Maladie (part employé)						
Invalidité prolongée						
Vie de base						
M.A.M.						
Vie des personnes à charge						
Vie additionnelle a->						
a) adhérent						
b) conjoint b->						
<b>Pour employeur</b>						
Maladie (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.