

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
006000		

1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM		PRÉNOM			
ADRESSE	N°	RUE	APP.	TÉLÉPHONE RÉSIDENTE	
VILLE			CODE POSTAL	TÉLÉPHONE TRAVAIL	
DATE DE NAISSANCE			DATE D'EMPLOI		
année-mois-jour			année-mois-jour		

NOTE IMPORTANTE : TOUTE DEMANDE DOIT ÊTRE PRÉSENTÉE DANS LES 30 JOURS SUIVANT L'ÉVÉNEMENT.

2 – DEMANDE D'EXEMPTION

Nom de la personne assurant l'adhérent : _____

Lien de parenté avec l'adhérent : _____

Nom de l'employeur par lequel cette personne est assurée : _____

Nom de la compagnie d'assurance : _____

Raison de la demande d'exemption : _____

Date d'admissibilité : _____

Par la présente, je désire ne plus participer au(x) régime(s) d'assurance :

- maladie de base maladie complémentaire (si prévu au contrat) soins dentaires (si prévu au contrat)

du fait que je suis assuré depuis le _____, à titre d'adhérent ou de personne à charge en vertu d'un contrat collectif accordant des protections similaires.

JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION DE L'AUTRE ASSUREUR DÉCRIVANT LES PROTECTIONS QUE VOUS DÉTENEZ.

3 – SIGNATURES

« Il est entendu que l'acceptation par La Capitale assureur de l'administration publique inc. de ma demande est conditionnelle aux dispositions du contrat qui me protège. »

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

Signature de l'adhérent

Signature du témoin (autre que l'adhérent)

4 – SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

Signature du responsable

Date

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.