

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

Au preneur du contrat : Ce formulaire doit être rempli sans délai et être expédié à La Capitale assureur de l'administration publique inc. accompagné de tout document justificatif approprié. À la réception, La Capitale assureur de l'administration publique inc. vous fera parvenir une confirmation du statut des personnes absentes du travail ou en travaux légers à la date de mise en vigueur du groupe. De plus, il est primordial d'expédier une copie du présent formulaire à votre assureur précédent.

1. IDENTIFICATION DU PRENEUR

Nom : _____
Groupe : _____ Employeur : _____
Date de prise d'effet du présent contrat avec La Capitale assureur de l'administration publique inc. (année-mois-jour) : _____
Nom de l'assureur précédent : _____
N° du contrat chez l'assureur précédent : _____

2. DÉCLARATION

- Aucune** employée admissible à notre régime n'est en congé de maternité à la date de prise d'effet du nouveau contrat, et **aucun(e)** employé(e) n'est absent(e) du travail ou en travaux légers pour cause de maladie ou de blessures accidentelles ni en retour progressif.
- Nous avons des employées en congé de maternité à la date de prise d'effet du nouveau contrat et/ou avons des employé(e)s absent(e)s du travail ou en travaux légers pour cause de maladie ou de blessures accidentelles ou en retour progressif. Veuillez remplir les parties 3, 4 et 5 de ce formulaire.

Signature de l'administrateur du régime : _____ Date (année-mois-jour) : _____

3. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EXONÉRATION DES PRIMES

A. Garanties pouvant être exonérées chez l'assureur précédent

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vie de base | <input type="checkbox"/> Maladie de base | <input type="checkbox"/> Autre(s), indiquez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Vie des personnes à charge | <input type="checkbox"/> Soins dentaires | _____ |
| <input type="checkbox"/> Vie facultative | <input type="checkbox"/> Assurance invalidité de courte durée | _____ |
| <input type="checkbox"/> Décès - Mutilation accidentels | <input type="checkbox"/> Assurance invalidité de longue durée | _____ |

B. Période d'attente pour être admissible à l'exonération des primes chez votre assureur précédent

- 3 mois 6 mois Autre(s), indiquez : _____

4. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX EMPLOYÉ(E)S ABSENT(E)S DU TRAVAIL OU EN TRAVAUX LÉGERS

NOTE : VEUILLEZ REMPLIR UN DEUXIEME FORMULAIRE SI L'ESPACE EST INSUFFISANT ET JOINDRE TOUTE CONFIRMATION DE REFUS PROVENANT DE VOTRE ASSUREUR PRECEDENT A LA SUITE D'UNE DEMANDE D'EXONERATION.

- A. Nom : _____ Prénom : _____
Numéro d'identification : _____ Date de naissance (année-mois-jour) : _____
Raison de l'absence du travail ou de la présence en travaux légers : Maladie CNESST SAAQ Retraite Québec
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Congé de maternité | <input type="checkbox"/> Retour progressif sur son propre emploi | <input type="checkbox"/> Retour progressif sur un autre emploi |
| <input type="checkbox"/> Congé sans solde | <input type="checkbox"/> Assignation temporaire à temps plein | <input type="checkbox"/> Assignation temporaire progressive |
| <input type="checkbox"/> Mise à pied temporaire | <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez : _____ | |
- Date de début d'invalidité (année-mois-jour) : _____
Date de retour au travail réelle ou prévue (année-mois-jour) : _____
- Avez-vous avisé votre assureur précédent de l'invalidité de cette personne? Oui Non
Avez-vous soumis une demande d'exonération des primes à votre assureur précédent? Oui Non
Cette personne est-elle exonérée des primes chez votre assureur précédent? Oui Non
Si oui, depuis quelle date (année-mois-jour) : _____

4. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX EMPLOYÉ(E)S ABSENT(E)S DU TRAVAIL OU EN TRAVAUX LÉGERS

B. Nom : _____ Prénom : _____
Numéro d'identification : _____ Date de naissance (année-mois-jour) : _____
Raison de l'absence du travail ou de la présence en travaux légers : Maladie CNESST SAAQ Retraite Québec
 Congé de maternité Retour progressif sur son propre emploi Retour progressif sur un autre emploi
 Congé sans solde Assignation temporaire à temps plein Assignation temporaire progressive
 Mise à pied temporaire Autre, spécifiez : _____
Date de début d'invalidité (année-mois-jour) : _____
Date de retour au travail réelle ou prévue (année-mois-jour) : _____
Avez-vous avisé votre assureur précédent de l'invalidité de cette personne? Oui Non
Avez-vous soumis une demande d'exonération des primes à votre assureur précédent? Oui Non
Cette personne est-elle exonérée des primes chez votre assureur précédent? Oui Non
Si oui, depuis quelle date (année-mois-jour) : _____

C. Nom : _____ Prénom : _____
Numéro d'identification : _____ Date de naissance (année-mois-jour) : _____
Raison de l'absence du travail ou de la présence en travaux légers : Maladie CNESST SAAQ Retraite Québec
 Congé de maternité Retour progressif sur son propre emploi Retour progressif sur un autre emploi
 Congé sans solde Assignation temporaire à temps plein Assignation temporaire progressive
 Mise à pied temporaire Autre, spécifiez : _____
Date de début d'invalidité (année-mois-jour) : _____
Date de retour au travail réelle ou prévue (année-mois-jour) : _____
Avez-vous avisé votre assureur précédent de l'invalidité de cette personne? Oui Non
Avez-vous soumis une demande d'exonération des primes à votre assureur précédent? Oui Non
Cette personne est-elle exonérée des primes chez votre assureur précédent? Oui Non
Si oui, depuis quelle date (année-mois-jour) : _____

D. Nom : _____ Prénom : _____
Numéro d'identification : _____ Date de naissance (année-mois-jour) : _____
Raison de l'absence du travail ou de la présence en travaux légers : Maladie CNESST SAAQ Retraite Québec
 Congé de maternité Retour progressif sur son propre emploi Retour progressif sur un autre emploi
 Congé sans solde Assignation temporaire à temps plein Assignation temporaire progressive
 Mise à pied temporaire Autre, spécifiez : _____
Date de début d'invalidité (année-mois-jour) : _____
Date de retour au travail réelle ou prévue (année-mois-jour) : _____
Avez-vous avisé votre assureur précédent de l'invalidité de cette personne? Oui Non
Avez-vous soumis une demande d'exonération des primes à votre assureur précédent? Oui Non
Cette personne est-elle exonérée des primes chez votre assureur précédent? Oui Non
Si oui, depuis quelle date (année-mois-jour) : _____

E. Nom : _____ Prénom : _____
Numéro d'identification : _____ Date de naissance (année-mois-jour) : _____
Raison de l'absence du travail ou de la présence en travaux légers : Maladie CNESST SAAQ Retraite Québec
 Congé de maternité Retour progressif sur son propre emploi Retour progressif sur un autre emploi
 Congé sans solde Assignation temporaire à temps plein Assignation temporaire progressive
 Mise à pied temporaire Autre, spécifiez : _____ Date de début d'invalidité (année-mois-jour) : _____
Date de retour au travail réelle ou prévue (année-mois-jour) : _____
Avez-vous avisé votre assureur précédent de l'invalidité de cette personne? Oui Non
Avez-vous soumis une demande d'exonération des primes à votre assureur précédent? Oui Non
Cette personne est-elle exonérée des primes chez votre assureur précédent? Oui Non
Si oui, depuis quelle date (année-mois-jour) : _____

5. SIGNATURE

En date de signature du présent formulaire, je déclare que les renseignements fournis sont exacts.

_____ Date (année-mois-jour)

_____ Signature de l'administrateur du régime