

- Demande d'exemption  
 Demande de retour d'exemption

**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

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

NOM		PRÉNOM	
ADRESSE	N°	RUE	APP.
			TÉLÉPHONE (      ) RÉSIDENCE
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'ÉVÈNEMENT.**

**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 – DEMANDE DE RETOUR D'EXEMPTION**

Nom et date de naissance de la (des) personne(s) à assurer (autre que l'adhérent) : \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté avec l'adhérent : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'assureur précédent : \_\_\_\_\_  
 Vous est-il **IMPOSSIBLE** de continuer à être assuré avec l'ancien assureur? :  Oui  Non  
 Si oui, quelle(s) protection(s) : \_\_\_\_\_  
 Raison de la cessation d'assurance avec l'assureur précédent : \_\_\_\_\_  
 Date de terminaison avec l'assureur précédent : \_\_\_\_\_

Les garanties que je détenais avec l'ancien assureur :

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

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

**4 – SIGNATURES**

« Il est entendu que l'acceptation par La Capitale assureur de l'administration publique inc. de ma demande d'adhésion 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) \_\_\_\_\_

**5 – 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.**