La Capitale

AVIS

☐ **Interruption temporaire de travail**
☐ **Retour au travail**

La Capitale assureur de l'administration publique inc.
625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856

N° de groupe	N° d'employeur	N° d'identification

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

N°, rue, app.	Ville

Province	Code Postal	Téléphone principal	Poste	Téléphone (autre)	Poste

2. CESSATION DE DÉDUCTION

Veuillez cochez la raison	**Date de début du congé ou de l'événement (AAAA/MM/JJ)**	**Date du retour au travail (AAAA/MM/JJ)**
☐ Congé autorisé[1]		
☐ Congé d'adoption		
☐ Congé de compassion		
☐ Congé de maternité		
☐ Congé parental		
☐ Congé de paternité		
☐ Congédiement		
☐ Congédiement contesté par grief[2]		
☐ Invalidité		
☐ Licenciement		
☐ Mise à pied temporaire[2]		
☐ Suspension[2]		
☐ Autre (précisez) : _____		

Note 1 : La personne adhérente peut maintenir l'ensemble des garanties. | **Note 2 :** La personne adhérente peut maintenir l'ensemble des garanties, sauf l'invalidité.

3. DÉCLARATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (à compléter uniquement dans le cas d'une interruption de travail)

Je déclare par la présente que je désire :

☐ Conserver les garanties de mon assurance collective
☐ Annuler toutes les garanties de mon assurance collective sauf le régime obligatoire d'assurance maladie qui inclut l'assurance médicaments

Signé à _____, ce _____ du mois _____ 20_____

_____
Signature

IMPORTANT : À défaut de cocher l'une des cases de cette section ou de signer le présent formulaire, les modalités qui s'appliquent sont celles énoncées dans votre document de référence. Pour remettre ces garanties en vigueur, la personne adhérente devra retourner à l'Assureur le présent formulaire dûment rempli et signé au cours des 31 premiers jours de son absence. Dans un tel cas, les primes seront payables à compter de la date du départ.

4. SIGNATURE DU REPRÉSENTANT CHEZ L'EMPLOYEUR

Signé à _____, ce _____ du mois _____ 20_____

_____ _____
Signature Téléphone

Le présent formulaire peut être transmis à l'Assureur par la poste, par télécopieur ou par courriel aux coordonnées inscrites ci-dessus.
Si vous n'avez pas transmis le document original, assurez-vous de le conserver en lieu sûr en cas de contrôle.
Il est à noter que l'Assureur peut exiger le document original en tout temps aux fins de vérification.