

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 • 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	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
-----	--------	--------------------------------

N°, rue, app.	Ville
---------------	-------

Province	Code Postal	Téléphone principal	Poste	Téléphone (autre)	Poste
----------	-------------	---------------------	-------	-------------------	-------

## 2. DEMANDE DE RETOUR D'EXEMPTION

**IMPORTANT** : toute demande doit être présentée dans les 30 jours suivant l'événement.

Nom de l'assureur précédent :

---

Est-il toujours possible, pour vous, de continuer à être assuré chez l'ancien assureur ?

Oui

Non

Raison de la cessation d'assurance chez l'assureur précédent :

---

Date de la dernière journée de couverture par l'assureur précédent :

---

Garanties que je détenais avec l'assureur précédent :

Garantie d'assurance maladie de base

Garantie d'assurance soins dentaires (si prévue au contrat)

## 3. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant à charge atteint d'une déficience fonctionnelle <sup>1</sup>	À remplir dans le cas d'un enfant à charge de plus de 17 ou 20 ans, étudiant à temps plein <sup>2</sup>	
		F	M			Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
Conjoint		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Enfant(s)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

**Note 1** : Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.

**Note 2** : Veuillez vérifier l'âge admissible selon votre contrat. La Capitale se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

## 4. SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

**Je déclare** que les renseignements fournis ci-dessus sont complets, véridiques et en conformité avec les conditions et les dispositions de mon contrat d'assurance collective. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de mon assurance.

Il est entendu que la demande de retour d'exemption est conditionnelle à son acceptation par La Capitale assureur de l'administration publique inc. et ce, conformément aux dispositions du contrat auquel je suis assujéti.

Signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ du mois \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

Signature de l'adhérent

## 5. SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

Signature du responsable

Date

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.