

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		
<b>État civil</b>							
<input type="checkbox"/> Célibataire			<input type="checkbox"/> Veuf	Depuis le : _____ (année-mois-jour)			
<input type="checkbox"/> Marié ou uni civilement	Depuis le : _____ (année-mois-jour)		<input type="checkbox"/> Divorcé	Depuis le : _____ (année-mois-jour)			
<input type="checkbox"/> Conjoint de fait	Date de cohabitation : _____ (année-mois-jour)		<input type="checkbox"/> Séparé	Depuis le : _____ (année-mois-jour)			

## 2. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

<b>Conjoint</b>		
Nom et prénom : _____		
Date de naissance : _____ (année-mois-jour)		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Enfant(s)</b>	<b>Nom de l'établissement fréquenté</b>	<b>Étudiant à temps plein<sup>1</sup> ou atteint d'une déficience fonctionnelle<sup>2</sup></b>
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ (année-mois-jour) Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	<input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein Du _____ au _____ <input type="checkbox"/> Déficience fonctionnelle
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ (année-mois-jour) Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	<input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein Du _____ au _____ <input type="checkbox"/> Déficience fonctionnelle
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ (année-mois-jour) Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	<input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein Du _____ au _____ <input type="checkbox"/> Déficience fonctionnelle

**Note 1** : Étudiant à temps plein signifie 4 cours, 12 crédits ou 180 heures par session. Les mêmes critères s'appliquent pour les cours par correspondance dans une institution reconnue. | **Note 2** : Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.

## 3. DEMANDE DE RETOUR D'EXEMPTION DES PERSONNES À CHARGE (le cas échéant)

Nom de l'assureur précédent : \_\_\_\_\_

Est-il toujours possible, pour la ou les personnes à charge, de continuer à être assurée(s) ?  Oui  Non Date de la dernière journée de couverture par l'assureur précédent : \_\_\_\_\_  
(année-mois-jour)

Raison de la cessation d'assurance : \_\_\_\_\_

Garanties détenues avec l'ancien assureur :  Garantie d'assurance maladie  Garantie d'assurance soins dentaires (si prévue au contrat)

## 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 pour une personne à charge, le cas échéant, est conditionnelle à son acception 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 (uniquement pour les demandes de retour d'exemption)

Signature du responsable

Date