

Demande d'exemption à la suite d'une modification

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
006000		

1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM		PRÉNOM	
ADRESSE	N°	RUE	APP.
VILLE		CODE POSTAL	TÉLÉPHONE TRAVAIL
DATE DE NAISSANCE		DATE D'EMPLOI	
année-mois-jour		année-mois-jour	
TÉLÉPHONE RÉSIDENCE			

NOTE IMPORTANTE : TOUTE DEMANDE DOIT ÊTRE PRÉSENTÉE DANS LES 30 JOURS SUIVANT L'ÉVÉNEMENT.

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 – SIGNATURES

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

4 – SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

Signature du responsable

Date

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
006000		

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 – ASSUREUR PRÉCÉDENT

Nom de l'assureur précédent : _____

Vous est-il devenu **IMPOSSIBLE** de continuer à être assuré avec l'ancien assureur? : Oui Non

Raison de la cessation d'assurance avec l'assureur précédent : _____

Date de terminaison avec l'assureur précédent : _____

Garantie(s) détenue(s) chez l'assureur précédent : _____

maladie de base maladie complémentaire soins dentaires

3 – JE DÉSIRE ADHÉRER AUX RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE SUIVANTS :

Assurance maladie de base Complet Réduit
(Volet complet obligation d'un maintien **36 mois**) Individuel Monoparental Familial

Régime optionnel 1
(Maladie complémentaire) Individuel Monoparental Familial

Régime optionnel 2
(Soins dentaires) Individuel Monoparental Familial

Pour adhérer à un statut de protection familial ou monoparental dans les régimes optionnels 1 et 2, vous devez détenir le même statut de protection dans le régime d'assurance maladie de base. L'obligation d'un maintien de 36 mois s'applique aux régimes optionnels, et ce, pour l'adhérent et ses personnes à charge admissibles.

4 – IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Nom et prénom	Date de naissance (année-mois-jour)		Nom et prénom	Date de naissance (année-mois-jour)
Conjoint	_____	_____	Enfant	_____	_____
Enfant	_____	_____	Enfant	_____	_____

5 – SIGNATURES

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

6 – SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

Signature

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.