

Beneva
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@beneva.ca

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 ?

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 :

☐ Oui

☐ Non

☐ 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 F M	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant à charge atteint d'une déficience fonctionnelle ¹	À remplir dans le cas d'un enfant à charge de plus de 17 ou 20 ans, étudiant à temps plein ²	
Conjoint		☐ ☐			Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
Enfant(s)		☐ ☐		☐		
		☐ ☐		☐		
		☐ ☐		☐		
		☐ ☐		☐		
		☐ ☐		☐		

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 acception par La Capitale assureur de l'administration publique inc. et ce, conformément aux dispositions du contrat auquel je suis assujetti.

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.	