

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

État civil

☐ Célibataire

☐ Marié ou uni civilement

☐ Conjoint de fait

Depuis le :
(année-mois-jour)

Date de cohabitation :
(année-mois-jour)

☐ Veuf

☐ Divorcé

☐ Séparé

Depuis le :
(année-mois-jour)

Depuis le :
(année-mois-jour)

Depuis le :
(année-mois-jour)

2. RENSEIGNEMENT RELATIF À L'ASSUREUR PRÉCÉDENT (important à remplir pour assurer les personnes à charge)

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)

3. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

Conjoint

Nom et prénom :

Date de naissance :
(année-mois-jour)

Sexe : ☐ M ☐ F

Enfant(s)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :
(année-mois-jour)

Sexe : ☐ M ☐ F

Nom :

Prénom :

Date de naissance :
(année-mois-jour)

Sexe : ☐ M ☐ F

Nom :

Prénom :

Date de naissance :
(année-mois-jour)

Sexe : ☐ M ☐ F

Nom de l'établissement fréquenté

Étudiant à temps plein¹ ou atteint d'une déficience fonctionnelle²

☐ Étudiant à temps plein

Du au

☐ Déficience fonctionnelle

☐ Étudiant à temps plein

Du au

☐ Déficience fonctionnelle

☐ Étudiant à temps plein

Du au

☐ 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.

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 assujetti.

Signé à , ce du mois 20 .

Signature de l'adhérent

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.

Beneva désigne La Capitale assureur de l'administration publique inc. en sa qualité d'assureur.

GE011F (2022-03)