

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 à votre contrat d'assurance collective actuel ?

☐ Oui

☐ Non

Raison de la cessation d'assurance dans le contrat précédent :

Date de la dernière journée de couverture du contrat précédent :

Garanties que je détenais dans le contrat 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 F M	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant à charge atteint d'une déficience fonctionnelle¹	À remplir dans le cas d'un enfant à charge de plus de 17 ou 20 ans, étudiant à temps plein²	
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.