



Édifice Le Delta II
2875, boulevard Laurier, bureau 100
Case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9
Courrier électronique :

Téléphone : 418 644-4200
1 800 463-4856
Télécopieur : 418 646-1313
adm.collectif@lacapitale.com

- Demande d'exemption
 Demande de retour d'exemption

N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION

1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM		PRÉNOM	
ADRESSE	N°	RUE	APP.
TÉLÉPHONE (RÉSIDENT)			()
VILLE	CODE POSTAL		TÉLÉPHONE (TRAVAIL)
DATE DE NAISSANCE		DATE D'EMPLOI	
année-mois-jour		année-mois-jour	
N° D'ASSURANCE SOCIALE			

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 – DEMANDE DE RETOUR D'EXEMPTION

Nom et date de naissance de la (des) personne(s) à assurer (autre que l'adhérent) : _____

Lien de parenté avec l'adhérent : _____

Nom de l'assureur précédent : _____

Vous est-il **IMPOSSIBLE** de continuer à être assuré avec l'ancien assureur? : Oui Non
Si oui, quelle(s) protection(s) : _____

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

Date de terminaison avec l'assureur précédent : _____

JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION DE L'AUTRE ASSUREUR DÉCRIVANT LES PROTECTIONS QUE VOUS DÉTENEZ.

4 – SIGNATURES

« Il est entendu que l'acceptation par La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. de ma demande d'adhésion 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)

5 – SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

Signature du responsable

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.