



11203

Édifice Le Delta 3
 2875, boulevard Laurier, bureau 400
 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.
VILLE			CODE POSTAL
N° D'ASSURANCE SOCIALE		DATE DE NAISSANCE	DATE D'EMPLOI
		année-mois-jour	année-mois-jour
		TÉLÉPHONE (RÉSIDENTE)	()
		TÉLÉPHONE (TRAVAIL)	()

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.