



N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
5492		

1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM		PRÉNOM			
ADRESSE	N°	RUE	APP.	TÉLÉPHONE (RÉSIDENTE)	()
VILLE	CODE POSTAL		TÉLÉPHONE (TRAVAIL)	()	

2 – PÉRIODE(S) DE PAIE OÙ S'APPLIQUE LE REMBOURSEMENT

Du _____ au _____

Nombre de périodes de paie : _____

Note : Aucun remboursement de primes ne sera effectué pour le fractionnement d'une période de paie.

3 – RAISON DU REMBOURSEMENT

Inscrire le code correspondant : _____

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. Exonération des primes pour cause d'invalidité | 5. Annulation de garantie(s) |
| 2. Exemption | 6. Pas admissible |
| 3. Primes retenues par erreur pour une ou des garantie(s) non choisie(s) | 7. Autre (spécifiez) : _____ |
| 4. Primes retenues en trop | _____ |

4 – MONTANT DU REMBOURSEMENT

Pour l'adhérent	Individuelle	Monoparentale	Familiale	Total des primes	Nombre de périodes	Total à rembourser
Maladie (part employé)						
Invalidité prolongée						
Vie de base						
M.A.M.						
Vie des personnes à charge						
Vie additionnelle						
a) adhérent	a->					
b) conjoint	b->					

Pour employeur	Individuelle	Monoparentale	Familiale	Total des primes	Nombre de périodes	Total à rembourser
Maladie (part employeur)						

Note : Ne pas faire le calcul de la taxe, La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. l'ajoute automatiquement au montant des primes à rembourser.

5 – SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

Signé à _____, ce _____ du mois _____ 20 _____.

Signature

Numéro de téléphone

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.