

Beneva
625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur : 418 646-1313 • adm.collectif@beneva.ca

N° de groupe 0 0 6 0 0 0	N° d'employeur	N° d'identification
------------------------------------	----------------	---------------------

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom		Prénom		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	
N°, rue, app.			Ville		Code postal
Province	Téléphone principal	Poste	Téléphone (autre)	Poste	Date d'emploi (AAAA/MM/JJ)

2. ASSUREUR PRÉCÉDENT

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 chez l'ancien assureur ? Oui Non

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

Date de la dernière journée couverte par l'assureur précédent :

Garantie(s) détenue(s) chez l'assureur précédent : Maladie de base Maladie complémentaire Soins dentaires

3. JE DÉSIRES ADHÉRER AUX RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE SUIVANTS :

Assurance maladie de base	Régime optionnel 1 (Maladie complémentaire)	Régime optionnel 2 (Soins dentaires)
<input type="checkbox"/> Volet complet (maintien obligatoire : 36 mois)	<input type="checkbox"/> Individuel	<input type="checkbox"/> Individuel
<input type="checkbox"/> Volet réduit	<input type="checkbox"/> Monoparental	<input type="checkbox"/> Monoparental
	<input type="checkbox"/> Familial	<input type="checkbox"/> Familial

IMPORTANT : pour adhérer à un statut de protection familial ou monoparental dans les régimes optionnels 1 et 2, vous devez détenir le même statut de protection dans le régime d'assurance maladie de base. L'obligation de maintien de 36 mois s'applique aux régimes optionnels et ce, pour l'adhérent et ses personnes à charge admissibles.

4. IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom et nom	Sexe F M	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Enfant à charge atteint d'une déficience fonctionnelle ¹	À remplir dans le cas d'un enfant à charge âgé de 18 ans ou plus, étudiant à temps plein ²	
					Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
Conjoint		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Enfant(s)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

Note 1 : Veuillez communiquer avec le service à la clientèle afin de connaître la démarche à suivre.

Note 2 : La Capitale se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

5. 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 assujéti.

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

Signature de l'adhérent

6. 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.