La Capitale assureur de l'administration publique inc.
625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856
Télécopieur : 418 646-1313 • adm.collectif@lacapitale.com

SUSPENSION DE LA PARTICIPATION AUX RÉGIMES D'ASSURANCE

N° de groupe	N° d'employeur	N° d'identification
1 0 3 0 0 0		

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENTE

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

N°, rue, app.	Ville

Province	Code Postal	Téléphone principal	Poste	Téléphone (autre)	Poste

2. MOTIF DE LA SUSPENSION DE LA PARTICIPATION AUX RÉGIMES D'ASSURANCE

Veuillez cocher la raison :

- ☐ Congédiement contesté par grief
- ☐ Régime de congé à traitement différé
- ☐ Retrait préventif et congé de maternité
- ☐ Congé sans solde d'une durée supérieure à 4 semaines
- ☐ Suspension d'une durée supérieure à 4 semaines (incluant congé parental)

Date de suspension de la participation aux régimes (AAAA/MM/JJ)

MISE EN GARDE : Lors d'une interruption de travail énumérée ci-dessus, la participation à tous les régimes d'assurance est maintenue par défaut. En remplissant ce formulaire, je suis consciente que je suspends ma participation à tous les régimes, sauf le régime d'assurance maladie, module bronze. Il est à noter que ma participation au régime d'assurance invalidité de longue durée est également suspendue. Ainsi, je n'aurai droit à aucune prestation d'assurance invalidité de longue durée pour toute invalidité qui surviendrait au cours de mon interruption temporaire de travail.

Par ailleurs, je suis consciente qu'en suspendant ma participation aux régimes d'assurance au début ou au cours de mon interruption temporaire de travail, je ne pourrai la reprendre ultérieurement ni changer de module pour un module supérieur durant cette même interruption temporaire de travail.

3. DÉCLARATION DE L'ADHÉRENTE

Par la présente, **je déclare** que j'ai pris connaissance de la mise en garde énoncée ci-dessus et que je suspends ma participation à tous les régimes de mon assurance collective, sauf le régime d'assurance maladie, module bronze.

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

Signature _____

4. SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

Signé à _____ ce _____ du mois _____ 20 _____.

Signature _____ Téléphone :

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.