



DEMANDE D'ADHÉSION OU DE CHANGEMENT

Réservé à SSQ

19520 19521 19522 19523 19524 19525
 19541 19542 19543 19544 19545 19546

DEMANDE D'ADHÉSION DEMANDE DE CHANGEMENT

À retourner à : SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC., 2525, Boul. Laurier, C.P. 10500,
 succ. Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6 Téléphone sans frais : 1 888 833-6962

A- RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (Adhérent)

Nom de l'adhérent (en lettres moulées) _____ Adresse courriel _____ N° d'assurance sociale de l'adhérent _____
 Adresse (en lettres moulées) _____ Ville (en lettres moulées) _____ Code postal _____
 N° de téléphone _____ N° de certificat _____ Date de la retraite _____ Date de naissance de l'adhérent _____

Conjoint

Nom du conjoint (en lettres moulées) _____ N° d'assurance sociale du conjoint _____ Date de naissance du conjoint _____

MODALITÉS DE

Vous devez cocher le choix de paiement désiré (A ou B).

- A) Retraite Québec : j'autorise Retraite Québec à déduire mensuellement de ma rente les primes d'assurance collective.
 B) Débit préautorisé mensuel (remplir la section AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT BANCAIRE AUTOMATIQUE - DPA PERSONNEL ci-dessous)

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT BANCAIRE AUTOMATIQUE - DPA PERSONNEL

(À remplir uniquement si vous avez choisi le débit préautorisé mensuel à la section MODALITÉS DE PAIEMENT ci-dessus)

Par la présente, j'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc. à percevoir mensuellement de mon compte le montant variable de mes primes d'assurance qui sont dues le 1^{er} jour ouvrable de chaque mois. De plus, j'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc. à facturer et débiter des frais lorsque le débit préautorisé ne peut être effectué tel que convenu dans le présent accord. Une lettre me sera alors expédiée par SSQ pour confirmer les changements apportés au prochain débit.

Information sur le compte

Nom de l'institution financière _____ Succursale _____ Numéro de compte _____
 J'autorise cette institution à déduire ce montant de mon compte. Cette autorisation peut être révoquée en tout temps, sur avis écrit de ma part. Cet avis doit être envoyé à SSQ 30 jours précédant le prochain prélèvement.

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec la présente autorisation. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, un spécimen de formulaire d'annulation ou de l'information additionnelle sur les droits d'annulation, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca

Signature (celle que vous utilisez sur vos chèques) _____ Date _____

N.B. Dans le cas d'un compte conjoint où plus d'une signature est requise, tous les titulaires doivent apposer leur signature.

ATTENTION : Veuillez JOINDRE un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ ».

Réservé SSQ : _____

B- RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE

- Protection désirée : individuelle monoparentale Familiale/couple
- Choix de régimes : Régime enrichi Régime de base
- Je désire me prévaloir du droit d'exemption (Joindre une copie du certificat par lequel vous êtes actuellement protégé)
- Je désire terminer mon droit d'exemption (Joindre la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption)

C- RÉGIME D'ASSURANCE VIE

- ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT : (Ne cochez qu'une seule case)

150 % du salaire* 75 % du salaire* 10 000 \$
 125 % du salaire* 50 % du salaire 5 000 \$
 100 % du salaire* 25 % du salaire 2 000 \$

* À compter du 1^{er} jour du mois qui coïncide avec le 75^e anniversaire de naissance ou qui le suit, l'adhérent ne peut conserver plus de 75 % de son traitement et à compter du 1^{er} jour du mois qui coïncide avec le 80^e anniversaire de naissance ou qui le suit, l'adhérent ne peut conserver plus de 50 % de son traitement.

- ASSURANCE VIE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE :
 (L'adhérent doit détenir un montant d'assurance vie égal ou supérieur à 10 000 \$)
 Conjoint 10 000 \$ Enfant 5 000 \$

- ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT : (Doit être égale ou inférieure à la protection détenue dans le régime du personnel d'encadrement)

nombre d'unités** (1 à 5) _____ x 10 000 \$

** À moins d'avis contraire de votre part, si vous avez coché la case « Assurance vie du conjoint et des enfants à charge », une unité de 10 000 \$ vous est automatiquement attribuée. Si vous ne désirez pas adhérer à cette garantie d'assurance vie additionnelle, vous devez faire parvenir à SSQ un avis écrit à cet effet.

BÉNÉFICIAIRE

Je désigne comme bénéficiaire (au décès) :

- Succession de l'adhérent ou
- Conjoint légal Conjoint légal-fils-filles
 Fils-filles Père-mère
 Frère-soeur Conjoint de fait
 Conjoint de fait-fils-filles
 Autre _____

- Bénéficiaire révocable*
 Bénéficiaire irrévocable*

* Au Québec, en l'absence de choix à cette question, la désignation du conjoint légal est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révocable.

 (nom, prénom du bénéficiaire)

J'autorise l'assureur à utiliser pour des fins administratives les renseignements contenus dans cette demande, y compris mon numéro d'assurance sociale et celui de mon conjoint. De plus, j'autorise Retraite Québec, s'il y a lieu, à déduire de ma rente de retraite les primes requises.

Date | A | A | A | A | M | M | J | J | Signature _____