

1 Renseignements généraux

Nom		Prénom	
Numéro		Rue	
Ville		Province	
		Code postal	
N° de téléphone à la résidence		Autre n° de téléphone s'il y a lieu	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Sexe Date de naissance	
Numéro de groupe		Numéro de certificat s'il y a lieu	

2 Demande du droit d'exemption (voir note 1 au bas du formulaire)

<input type="checkbox"/> En vertu d'un contrat en vigueur auprès de SSQ Assurance	<input type="checkbox"/> En vertu d'un contrat en vigueur auprès d'un autre assureur
Nom de la personne permettant à la personne adhérente d'être assurée	Nom de la personne permettant à la personne adhérente d'être assurée
Lien de parenté	Lien de parenté
Numéro de certificat	Assureur du contrat en question
	Numéro de certificat

Par la présente, je désire cesser ma participation au régime d'assurance maladie ASSUREQ en raison du fait que je suis assuré(e) en vertu d'un autre régime d'assurance collective prévoyant des prestations similaires.

Je comprends que je pourrai réintégrer le régime d'assurance maladie ASSUREQ si je cesse d'être admissible au régime d'assurance collective ayant permis l'exemption à la condition d'en faire la demande par écrit à SSQ Assurance dans les 90 jours suivant la fin de mon admissibilité à ce régime.

Signature de la personne adhérente	Date de la demande	Date de réception par SSQ Assurance
------------------------------------	--------------------	-------------------------------------

3 Demande de terminaison du droit d'exemption (voir note 2 au bas du formulaire)

Date à compter de laquelle je ne suis plus assuré(e) en vertu d'un autre régime d'assurance collective : _____

Raison de la terminaison de l'assurance en question	
Nom de la personne par qui l'assurance était accessible	Lien de parenté
Assureur du contrat	Numéro de certificat

Par la présente, je demande à participer au régime d'assurance maladie ASSUREQ en raison du fait que je ne suis plus admissible au régime d'assurance collective ayant permis l'exemption.

Régime : Santé Santé Plus
 Statut de protection désiré : individuel monoparental familial

Je certifie que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets.

Signature de la personne adhérente	Date de la demande	Date de réception par SSQ Assurance
------------------------------------	--------------------	-------------------------------------

Modalités de paiement

Vous devez cocher le choix de paiement désiré.

- Retraite Québec : j'autorise Retraite Québec à déduire mensuellement de ma rente les primes d'assurance collective
 Facturation trimestrielle
 Débit préautorisé mensuel (remplir la section ci-dessous et joindre un chèque personnel portant la mention "ANNULÉ")

Autorisation de prélèvement bancaire automatique - DPA personnel

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 vous sera alors expédiée pour confirmer les changements apportés à votre 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 Assurance 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.cdnipay.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 ».

Notes

Note 1 : La personne adhérente qui désire bénéficier du droit d'exemption doit remplir ce formulaire et le retourner à SSQ Assurance dans les 90 jours suivant le début de l'assurance permettant l'exemption. L'exemption prend effet rétroactivement à la date de début de l'assurance permettant l'exemption. Si SSQ Assurance reçoit le formulaire après ce délai de 90 jours, l'exemption prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande par SSQ Assurance.

Note 2 : La personne adhérente qui n'est plus admissible au régime d'assurance collective ayant permis l'exemption peut réintégrer le régime d'assurance maladie ASSUREQ en remplissant ce formulaire et en le retournant à SSQ Assurance dans les 90 jours suivant la fin de son admissibilité au régime d'assurance collective qui avait permis l'exemption. La protection en vertu du régime d'assurance maladie ASSUREQ entre en vigueur à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.