

Identification de la personne adhérente

Titulaire du contrat PSAC		Numéro du contrat		Date d'entrée en vigueur A A A A M M J J	
Nom de famille		Prénom		NAS	
Adresse				Identifiant du syndicat	
Ville		Province		Code postal	
Date de naissance A A A A M M J J		Sexe		Numéro de téléphone	

Conjoint ou conjointe et enfants à charge

Nom du conjoint ou de la conjointe		Prénom		Date de naissance A A A A M M J J	
Prénom et nom de l'enfant	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance A A A A M M J J	Si aux études à temps plein, nom de l'établissement d'enseignement		
	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	A A A A M M J J			
	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	A A A A M M J J			
	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	A A A A M M J J			
	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	A A A A M M J J			
	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	A A A A M M J J			

Bénéficiaire

Le montant assuré sera payable à ma succession.

Je souhaite désigner le ou les bénéficiaires suivants advenant mon décès :

Nom(s)	Lien

Par la présente, je désigne (nom complet/lién de parenté) _____ comme fiduciaire pour recevoir tout montant payable à une personne mineure au titre du présent contrat et je confirme que la réception de ce montant par ce fiduciaire libérera la Compagnie d'assurance du montant versé. De plus, j'autorise par la présente le fiduciaire, à sa discrétion, à affecter ce montant, en tout ou en partie, ou les revenus provenant du produit, à la subsistance ou à l'éducation de cette personne mineure. (Vous devez désigner un fiduciaire si votre bénéficiaire a moins de 18 ans.)

Autorisation

Si le numéro d'identification de la personne adhérente ci-dessus correspond à mon numéro d'assurance sociale, j'autorise SSQ, Société d'assurance vie inc. à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins de l'administration de mon régime d'assurance collective. Je comprends que mon numéro d'assurance sociale sera conservé dans la plus stricte confidentialité et ne sera utilisé qu'aux fins autorisées par la présente.

J'atteste que les déclarations que j'ai faites dans ce formulaire sont complètes et véridiques. Je comprends que si une déclaration est incomplète ou fautive, l'assurance peut être résiliée. En mon nom et au nom de mes personnes à charge admissibles, j'autorise mon fournisseur d'assurance collective, SSQ, Société d'assurance vie inc., et ses sociétés affiliées ou ses réassureurs, à échanger les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire ou tout autre renseignement personnel lié aux prestations qui figure dans leurs dossiers actuels ou futurs à mon sujet ou au sujet de mes personnes à charge admissibles. Je donne mon consentement en sachant que les renseignements seront utilisés uniquement à des fins d'administration et de gestion de mon régime d'assurance collective. Ce consentement est valable aussi longtemps que moi-même et mes personnes à charge sommes couverts par le présent contrat d'assurance collective, ou que nous demandons des prestations au titre de ce contrat, ou de toute modification, renouvellement ou remise en vigueur de celui-ci.

Date : _____ année _____ mois _____ jour _____ Signature : _____

Envoyez ce formulaire dûment rempli à : **OJTBF**

505 Consumers Road, Suite 511, Toronto ON M2J 4V8