

**Pour plus de renseignements, communiquer avec le service de Transformation d'assurance vie de SSQ au 1-888-900-3457, local 2629  
REPLIR CE FORMULAIRE AU STYLO À ENCRE. LES FORMULAIRES AU CRAYON SERONT REJETÉS.**

<b>A. Information sur l'employeur – À être complété par l'employeur</b>						
Nom de l'employeur :			Contrat N° :			
N° de division :		N° de section :	N° de certificat de l'employé :			
<b>B. Information sur l'employé</b>						
Nom de famille :			Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Date de naissance J M A	
Prénom :			Langage de communication Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>		NAS N° :	
Adresse :	Numéro et rue		App.:	Ville	Province	
N°s de téléphone : Résidence :	Courriel N° : Résidence			Code postal		
<b>C. Raison de la demande de transformation</b>						
Date de cessation :						
J	M	A				
Cessation d'emploi <input type="checkbox"/>			Retraite <input type="checkbox"/>			
Annulation du contrat <input type="checkbox"/>			Fin de l'exonération de prime d'assurance vie <input type="checkbox"/>			
Autre raison <input type="checkbox"/> _____						
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance J M A		Montant demandé :	Montant en vigueur :	Montant ajouté :	
<b>D. Transformation demandé pour :</b>						
Employé :		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Montant à transformer : _____		
Conjoint :		Nom de famille		Prénom		
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Date de naissance J M A		Montant à transformer : _____		
Enfant :		Nom de famille		Prénom		
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Date de naissance J M A		Montant à transformer : _____		
Enfant :		Nom de famille		Prénom		
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Date de naissance J M A		Montant à transformer : _____		
Enfant :		Nom de famille		Prénom		
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Date de naissance J M A		Montant à transformer : _____		
Enfant :		Nom de famille		Prénom		
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Date de naissance J M A		Montant à transformer : _____		

**Autorisation de l'employé**

**Je certifie** que les déclarations fournies sur le présent formulaire sont vraies et complètes. Je suis conscient que toute déclaration fautive ou incomplète ou la non-conformité aux termes et conditions tels que précisés dans la police d'assurance et la présente demande d'adhésion, pourrait entraîner la cessation de mes garanties.

**Je certifie** que je suis autorisé(e) à divulguer et à recevoir toute information concernant mon/ma conjoint(e) et/ou mes personnes à charge.

**Par la présente**, j'autorise SourceSanté Plus, en tant qu'administrateur de mon régime d'assurance collective, à recevoir et à garder en dossier des renseignements sur mon état de santé et celui de mes personnes à charge, un historique des réclamations pour moi-même et mes personnes à charge ainsi que mon numéro d'assurance sociale (le cas échéant), pour le compte de mon employeur, dans le but de :

- a) vérifier mon admissibilité, mon identité et celle de mes personnes à charge;
- b) s'assurer que le remboursement de mes prestations soit conforme aux modalités ou dispositions de la police;
- c) protéger le régime du remboursement de frais non admissibles en raison de fraude ou d'erreurs;
- d) permettre à mon employeur de valider, vérifier et analyser la tendance des réclamations.

**Je comprends** que SourceSanté Plus a le droit de recouvrer de moi-même et/ou de mes personnes à charge les versements faits par erreur ou en raison d'une fraude ainsi que les coûts reliés au recouvrement de ces montants.

**Je comprends** que si je renonce à mes garanties d'assurance et désire par la suite les remettre en vigueur, je devrai soumettre, à mes frais, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes et assujetties à l'approbation de SourceSanté Plus.

**J'autorise** mon employeur à déduire les contributions salariales requises reliées au coût du programme d'assurance collective.

Nom (En lettres moulées)

Signature

Date (jj/mm/aaaa)

**Autorisation de l'employeur**

**Je certifie** qu'au meilleur de ma connaissance, les informations fournies sur ce formulaire sont complètes et exactes et j'autorise SourceSanté Plus à utiliser ces renseignements pour administrer le régime d'assurance collective, obtenir des soumissions pour des produits souscrits ou assurés par le régime, vérifier l'identité et l'admissibilité du participant, de son conjoint ou de ses personnes à charge admissibles, évaluer et payer les réclamations admissibles, vérifier les coûts du régime et préparer des rapports.

**Je comprends** que ces informations ne seront transmises qu'aux compagnies d'assurance, fournisseurs de service et évaluateurs contractés par SourceSanté Plus.

**Je certifie** avoir obtenu le consentement de l'employé susmentionné (ainsi que celui de son conjoint, le cas échéant) de divulguer ces renseignements à SourceSanté Plus.

Nom (En lettres moulées)

Signature

Date (jj/mm/aaaa)

**Autorisation de SourceSanté Plus**

Date d'emploi : \_\_\_\_\_

Date de cessation \_\_\_\_\_

SSP – N° de certificat : \_\_\_\_\_

N° de contrat - SSQ \_\_\_\_\_

Nom de la Compagnie : \_\_\_\_\_

N° de Section – SSQ \_\_\_\_\_

Représentant de SSP (SourceSanté Plus) (En lettres moulées)

Signature

Date (jj/mm/aaaa)