

Déclaration de la personne assurée

Les renseignements de 1 à 4 doivent être reproduits dans la partie supérieure de la déclaration remplie par le médecin traitant.

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : _____ 4 Numéro d'assurance sociale : _____
N° de groupe ou de police N° de certificat
 5 Adresse complète : _____ code postal : _____
 6 Téléphone
 Résidence : () - Autre : () - poste : _____
 7 Sexe : F M 8 Date de naissance : _____

9 **ÉTAT CIVIL** **PERSONNES À VOTRE CHARGE** Nombre : _____
 célibataire monoparental marié ou en union de fait conjoint : non oui enfants : non oui Âge : _____

10 Depuis votre arrêt de travail, avez-vous exercé une autre occupation? non oui → Date de début : _____
 Si oui, précisez la nature des tâches : _____

11 L'invalidité est-elle attribuable à un accident? non oui → Décrire les circonstances, la date et le lieu.

12 Avez-vous déjà subi une expertise médicale relativement à votre invalidité? non oui

13 Avez-vous présenté une demande afin de bénéficier d'un programme ou d'un régime mentionné ci-dessous?

PROGRAMME	NON	SI OUI		SI REFUSÉE		
		À l'étude	Acceptée	Refusée	Avez-vous l'intention de contester cette décision? non oui	
Assurance emploi (DRHC) <small>Si acceptée, date de début des prestations : A A A A M M I I</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME						
Régime de rentes du Québec (RRQ) ou Régime de pensions du Canada (RPC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission administrative de régimes de retraite et d'assurances (CARRA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime de retraite privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre police d'assurance collective : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTE : VEUILLEZ INCLURE UNE COPIE DE TOUTE DOCUMENTATION REÇUE DE CES ORGANISMES, INCLUANT L'AVIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS.

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets, exacts et véridiques. Aux strictes fins de la gestion de ma demande de prestations, j'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc. (ci-après désignée SSQ) à recueillir auprès des personnes morales ou physiques telles :

- les médecins et autres professionnels de la santé;
- les établissements médicaux, paramédicaux ou cliniques;
- le preneur, l'employeur ou l'ancien employeur;
- les autres compagnies d'assurance ou de réassurance;
- tout organisme public ou parapublic tels que RRQ ou RPC, CSST, SAAQ, CARRA, l'administrateur de l'assurance emploi;
- toute autre personne ou institution;

des renseignements personnels à mon sujet, notamment des renseignements médicaux.

Par la même occasion, je les relève de leur obligation de confidentialité et les autorise à communiquer à SSQ les renseignements demandés.

J'autorise également SSQ à communiquer mon dossier à un ou plusieurs médecins de son choix aux fins d'évaluation.

Les photocopies de la présente ont la même valeur que l'original.

14 _____ 15 _____
 Signature Date

Attention

Les sections suivantes doivent être dûment remplies et signées :

- Par la personne assurée**
 - Déclaration de la personne assurée (1 à 15)
 - Section supérieure de la déclaration remplie par le médecin traitant
- Par l'administrateur du régime**
 - Déclaration de l'administrateur du régime
- Par le médecin traitant**
 - Déclaration du médecin traitant

Recevez un courriel à chaque étape importante du traitement de votre dossier d'invalidité.

Rendez-vous au **SSQ.CA**, inscrivez-vous au site **ACCÈS | assurés** en fournissant une adresse courriel accessible pendant votre invalidité.

Déclaration de l'administrateur du régime

- 1 Nom du responsable : _____ Titre : _____
- 2 Nom du groupe : _____ Téléphone : () _____ - _____ poste : _____
- 3 N° de contrat : _____
N° de groupe ou de police N° de certificat
- 4 Nom de la personne assurée : _____ Prénom de la personne assurée : _____
- 5 L'employé a-t-il eu une invalidité dans les 12 derniers mois? non oui Si oui, précisez la période : _____
- 6 Occupation de la personne assurée : _____
- 7 Principales tâches de la personne assurée : _____
- 8 Salaire hebdomadaire au début de l'invalidité : brut _____ \$ net _____ \$ (salaire brut moins impôt fédéral, impôt provincial, RRO, assurance emploi)
- 9 Exemptions fiscales personnelles : fédérales TD1 _____ \$ provinciales TP1015.3 _____ \$
- 10 Temps plein Temps partiel : % du temps travaillé _____ Sur appel Autre, précisez : _____
- 11 Semaine régulière de travail : du _____ jour au _____ jour Horaire : de _____ heure à _____ heure
- 12 Nombre d'heures travaillées dans une semaine régulière : _____
- 13 Dernier jour de travail : _____ 14 Nombre d'heures travaillées au cours de cette journée : _____
- 15 Date du premier jour d'absence du travail : _____
- 16 L'employé est-il de retour au travail? non oui → Date : _____

17 À REMPLIR POUR LES EMPLOYÉS À HORAIRE VARIABLE

S'il y a lieu, indiquez dans la case appropriée le nombre d'heures de travail prévues pour chaque jour : 1° - À partir du dernier jour de travail
 2° - Lors du retour au travail

année	mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

- 18 L'invalidité est-elle attribuable à un accident de travail?
 une maladie professionnelle?
- 19 Est-ce que l'invalidité coïncide avec :
- un congédiement? non oui → date : _____
- une mise à pied? non oui → du _____ au _____ date de l'avis : _____
- une abolition de poste? non oui → date : _____
- un congé sans solde? non oui → du _____ au _____
- autre, précisez : _____ du _____ au _____
- | | Nature | Période | Montant |
|---|--------|---------|---------|
| 20 Pendant la période d'invalidité, avez-vous versé des sommes à cet employé? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | | | |
| Si oui, précisez la nature (ex. : vacances, congé de maladie, etc.), la période et le montant : | | | |
- 21 Y a-t-il d'autres renseignements relatifs à la présente demande que nous devrions connaître? non oui
- Si oui, précisez : _____
- 22 Si l'employé peut faire un travail adapté à sa condition, existe-t-il un tel travail dans votre organisation? non oui
- Si oui, précisez : _____

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

23 _____
 Signature de la personne autorisée

24 Date : _____

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : _____ 4 Numéro d'assurance sociale : _____
 N° de groupe ou de police N° de certificat
 5 Date de naissance : A A A A M M J J

Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

1. Diagnostic

- 1.1 Principal : _____
 1.2 Secondaire : _____
 1.3 Symptômes actuels : _____
 1.4 Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : léger moyen intense avec éléments psychotiques
 1.5 Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :
 à la vie conjugale/familiale à la perte d'un emploi ou à une mise à pied à des problèmes professionnels
 à des problèmes personnels ou interpersonnels à la consommation abusive d'alcool ou de drogues ou à des problèmes de jeu
 autres, précisez : _____
 1.6 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont les diagnostics font état :
 reçu des traitements médicaux consulté un autre médecin pris des médicaments été hospitalisé subi des examens
 Précisez la date des épisodes antérieurs : _____

2. Traitement

- 2.1 Médicaments – Nom et posologie : _____
 2.2 Le patient consulte-t-il :
 un psychiatre? non oui un travailleur social? non oui
 un psychologue? non oui un autre intervenant de la santé? non oui
 Si oui, nom de l'intervenant consulté : _____
 2.3 Hospitalisation du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____

3. Suivi et pronostic

- 3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : _____ Prochaine consultation : _____
 3.2 Autres dates de consultation : _____
 3.3 Fréquence du suivi : _____
 3.4 Le patient sera-t-il dirigé vers un psychiatre? non oui Nom du médecin : _____
 3.5 Durée approximative de l'incapacité : nombre de jours _____ nombre de semaines indéterminée ou date de retour au travail : _____
 3.6 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? nombre de jours _____ nombre de semaines
 à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. Questions spécifiques au contrat

5. Identification du médecin

- 5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : _____
 5.2 N° de permis d'exercer : _____ Télécopieur : _____
 omnipraticien spécialiste Précisez : _____
 Signature : _____ Date : _____

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : _____ 4 Numéro d'assurance sociale : _____
N° de groupe ou de police N° de certificat
 5 Date de naissance : _____
A A A A M M J J

Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____
 1.2 Secondaire : _____
 1.3 Complications : _____
 1.4 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont le ou les diagnostics font état :
 reçu des traitements médicaux consulté un autre médecin pris des médicaments été hospitalisé subi des examens
 Précisez les périodes : _____
 1.5 L'incapacité est-elle reliée à : un accident une maladie un accident du travail un accident d'automobile
 Date de l'événement : _____
 une grossesse non oui
 un retrait préventif non oui Date prévue de l'accouchement : _____
 1.6 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.
 au début de l'invalidité _____ actuellement _____

2. Traitement

2.1 Médicaments – Nom et posologie : _____
 2.2 Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :
 a) des examens ou tests? non oui Précisez : _____
 b) une opération? non oui d'un jour type _____ Date : _____
 Intervention chirurgicale? _____
 c) d'autres traitements? non oui Précisez : _____
 d) une hospitalisation du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____
 e) un court séjour en observation (nombre d'heures)? _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : _____ Prochaine consultation : _____
 3.2 Autres dates de consultation : _____
 Fréquence du suivi : _____
 3.3 Orientation vers un autre médecin : non oui
 Nom du médecin : _____ Spécialité : _____
 3.4 Durée approximative de l'incapacité : nombre de jours _____ nombre de semaines _____ indéterminée ou date de retour au travail : _____
 3.5 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? nombre de jours _____ nombre de semaines _____
 à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. Questions spécifiques au contrat

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : _____
 5.2 N° permis d'exercer : _____ Télécopieur : _____
 omnipraticien spécialiste Précisez : _____
 Signature : _____ Date : _____

Statement of insured

The information requested in items 1 to 4 should also be entered on the upper part of the "Statement of Attending Physician".

1 Surname: _____ 2 Given name: _____

3 Contract no.: _____ 4 Social Insurance no.: _____
group no. certificate no.

5 Mailing address: _____ Postal code: _____

6 Home telephone: (____) _____ - _____ Work: (____) _____ - _____ Extension: _____

7 Sex: F M 8 Date of birth: _____

9 CIVIL STATUS **DEPENDENTS**

single single-parent married or common-law spouse: no yes children: no yes number: → _____

10 Since you stopped working, have you had any other employment? no yes → Date of beginning: _____

If yes, specify the nature of the employment: _____

11 Is the disability the result of an accident? no yes → Describe the circumstances, including date and location. _____

12 Have you already undergone a medical assessment related to your disability? no yes

13 Have you applied for benefits under any of the following programs or plans?

PROGRAM	If yes, date payment of benefits began: _____	NO			IF YES		IF REFUSED	
		NO	Under study	Accepted	Refused	Do you intend to contest this decision?		
		yes	no	yes	no	yes	no	
Employment Insurance (EI)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Compensation for victims of crime (CVC)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PLAN								
Québec Pension Plan (QPP) or Canada Pension Plan (CPP)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Commission administrative de régimes de retraite et d'assurances (CARRA)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Private pension plan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Any other group insurance plan: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NOTE: PLEASE INCLUDE COPIES OF ANY DOCUMENTS RECEIVED FROM THESE SOURCES, INCLUDING ANY BENEFIT PAYMENT STATEMENTS.

I hereby certify that the above information is true, accurate and complete.

For the purposes of reviewing my benefit claim, I authorize SSQ, Life Insurance Company Inc. (hereinafter SSQ) to obtain from corporate persons or individuals such as:

- physicians or other health professionals;
 - medical or paramedical establishments or clinics;
 - the policyholder, the employer, or the former employer;
 - any other insurance or reinsurance companies;
 - any public or parapublic organizations body, such as QPP or CPP, CSST, SAAQ, CARRA, EI;
 - any other person or institution,
- personal information on myself, namely medical information.

I hereby authorize the said corporate persons or individuals to disclose to SSQ the requested information and I release them of their liability to confidentiality.

I also authorize SSQ to communicate my file to one or several physicians of its choice for evaluation purposes.

Copies of this document shall have the same effect as the original.

14 _____ Signature _____ 15 _____ Date _____

Important

The following sections must be completed and signed:

By the insured

- Statement of Insured (1 to 15)
- Upper part of Statement completed of Attending Physician

By the plan administrator

- Statement of Plan Administrator

By the attending physician

- Statement of Attending Physician

You can receive an email at each step of the processing of your disability file.
 Go to **SSQ.CA**, and register for the **ACCESS | Plan Members** Web site to automatically take advantage of this tool!
 Don't forget to provide an email address that you'll have access to during your disability.

Statement of plan administrator

- 1 Name of person responsible: _____ Title: _____
- 2 Name of group: _____ Telephone: (_____) _____ Extension: _____
- 3 Contract no.: _____
group no. certificate no.
- 4 Surname of insured: _____ Given name of insured: _____
- 5 Has the employee been off work in the past 12 months? no yes If so, please specify the period: _____
- 6 Occupation of insured: _____
- 7 Description of insured's tasks: _____

- 8 Weekly salary at beginning of disability: Gross \$ _____ Net \$ _____ (gross salary less federal and provincial income taxes, QPP, and Employment Insurance)
- 9 Personal exemptions: Federal TD1 \$ _____ Provincial TP1015.3 \$ _____
- 10 Full-time Part-time : % of time worked _____ On call Other (specify): _____
- 11 Regular work week: from _____ day to _____ day workday: from _____ time to _____ time
- 12 Number of hours worked in a regular week: _____
- 13 Last day worked: _____ 14 Number of hours worked on this day: _____
- 15 Date of first day of absence from work: _____
- 16 Has the employee returned to work? no yes → Date: _____

17 **TO BE COMPLETED FOR EMPLOYEES WITH VARIABLE WORK SCHEDULES**
 Indicate in the appropriate boxes the number of hours for each day: 1st - As of the last day worked
 2nd - On return to work

year	month	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

- 18 Does the disability result from a work-related accident? an occupational illness?
- 19 Does the disability coincide with:
- a dismissal? no yes → Date: _____
- a lay-off? no yes → from _____ to _____ Date of notification: _____
- an elimination of a position? no yes → Date: _____
- an unpaid leave? no yes → from _____ to _____
- other: specify _____ from _____ to _____

20 During the period of disability, have you made any payments to this employee? no yes

Nature	Period	Amount
_____	_____	_____
_____	_____	_____

If yes, specify the nature, the period and the amount of any such payments:
 (E.g.: holiday, sick-leave)

- 21 Is there any other information concerning the present claim that we should be aware of? no yes
 If yes, please specify: _____
- 22 If the employee is capable of performing a function with this condition, is there any work available in your organization? no yes
 If yes, please specify: _____

I hereby certify that the above information is true, accurate and complete.

23 _____ Signature of authorized person

24 Date: _____

1 Family name: _____ 2 Given name: _____
 3 Contract no.: _____ 4 Social insurance number: _____
Group or Contract no. Certificat no.
 5 Date of birth: Y Y Y Y M M D D

Declaration of the attending physician (Complete in block letters and give to the patient)

1. Diagnostic

1.1 Principal: _____
 1.2 Secondary: _____
 1.3 Current symptoms: _____
 1.4 Degree of severity of all symptoms: Mild Moderate Severe with psychotic elements
 1.5 Does the interruption of work result from problems related to:
 marital/family life loss of employment or layoff professional problems
 personal or interpersonal problems alcohol or drug abuse and/or gambling problems
 other problems, specify: _____
 1.6 For the illnesses or associated symptoms diagnosed, has the patient previously:
 a) received medical treatments b) consulted another physician c) taken drugs d) been hospitalized e) undergone examinations
 Specify the dates of previous episodes: _____

2. Treatment

2.1 Drugs - name- dosage: _____
 2.2 Is the patient consulting a psychiatrist? No Yes a social worker? No Yes
 a psychologist? No Yes another health care provider? No Yes
If yes, name of the caregiver: _____
 2.3 Hospitalization: from _____ to _____ Name of hospital: _____

3. Follow-up and prognosis

3.1 Date of first consultation for this disability: _____ Next consultation: _____
 3.2 Dates of other consultations: _____
 3.3 Follow-up frequency: _____
 3.4 Will the patient be referred to a psychiatrist? No Yes Name of physician: _____
 3.5 Approximate duration of disability: No. of days _____ No. of weeks _____ unspecified or date of return to work _____
 3.6 How long before the patient will be able to return to work? No. of days _____ No. of weeks _____
 part-time full-time gradual return Specify: _____

4. Questions specific to the contract

5. Identification of the physician

5.1 Family name, given name: _____ Telephone: _____
 5.2 License number: _____ Fax: _____
 General practitioner Specialist Specify: _____
 Signature: _____ Date: _____

NOTE: THE INSURED MUST PAY THE FEES REQUESTED TO COMPLETE THIS FORM.

1 Family name: _____ 2 Given name: _____
 3 Contract no.: _____ 4 Social insurance number: _____
Group or Contract no. Certificat no.
 5 Date of birth: Y Y Y Y M M D D

Declaration of the attending physician (Complete in block letters and give to the patient)

1. Diagnosis

1.1 Principal: _____
 1.2 Secondary: _____
 1.3 Complications: _____
 1.4 For the illnesses or associated symptoms diagnosed, has the patient previously:
 a) received medical treatments b) consulted another physician c) taken drugs d) been hospitalized e) undergone examinations
 Specify the periods: _____
 1.5 Is the disability related to: an accident an illness an occupational accident an automobile accident
 Date of the event: _____
 a pregnancy No Yes
 a preventive withdrawal from work No Yes Scheduled date of delivery: _____
 1.6 Describe functional limitations that prevent the patient from carrying out professional duties or usual activities.
 At the beginning of disability _____ Currently _____

2. Treatment

2.1 Drugs - name- dosage _____
 2.2 Has the patient undergone or will undergo:
 a) examinations or tests No Yes Specify: _____
 b) surgery No Yes day surgery Type _____ Date: _____
 surgical procedure: _____
 c) other treatments? No Yes Specify: _____
 d) hospitalization: from _____ to _____ Name of hospital: _____
 e) a short stay under observation (number of hours): _____

3. Follow-up and prognosis

3.1 Date of first consultation for this disability: _____ Next consultation: _____
 3.2 Dates of other consultations: _____ Follow-up frequency: _____
 3.3 Referral to another physician: No Yes Name of physician: _____
 Specialty: _____
 3.4 Approximate duration of disability: No. of days _____ No. of weeks _____ unspecified or date of return to work _____
 3.5 How long before the patient will be able to return to work? No. of days _____ No. of weeks _____
 part-time full-time gradual return Specify: _____

4. Questions specific to the contract

5. Identification of the physician

5.1 Family name, given name: _____ Telephone: _____
 5.2 License number: _____ Fax: _____
 General practitioner Specialist Specify: _____
 Signature: _____ Date: _____

SSQ vous offre la possibilité d'adhérer au dépôt direct de vos prestations d'assurance salaire. Il s'agit d'un moyen **simple et efficace** de recevoir le remboursement de vos prestations directement dans votre compte bancaire. Prendre note que vous ne recevrez pas d'avis de dépôt.

Pour vous prévaloir de ce service, remplissez ce formulaire, imprimez-le et joignez-y un spécimen de chèque portant la mention « annulé ». Postez le tout à l'adresse indiquée ci-dessus.

Avertissement : Veuillez vous assurer que votre groupe permet le dépôt direct de vos prestations avant de compléter ce formulaire.

Pour information :

Région de Québec (418) 651-2307 - Région de Montréal (514) 223-2503 - Autres régions 1 888 651-2307 - Télécopieur (418) 651-5569

ADHÉSION AU DÉPÔT DIRECT

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de contrat : _____ N.A.S. : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ N° de téléphone : () _____

AUTORISATION

Par la présente, j'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc. à déposer mes prestations d'assurance salaire dans mon compte bancaire identifié par le spécimen de chèque ci-joint. Je peux renoncer en tout temps à ce service en téléphonant au Service de l'assurance salaire de SSQ.

JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE PORTANT LA MENTION « ANNULÉ »

Signature : _____ Date : _____

Veuillez prendre note que cette adhésion est valide pour le dépôt direct des prestations d'assurance salaire uniquement.

Veuillez nous informer de tout changement au sujet du compte bancaire spécifié ci-dessus.

SSQ is pleased to offer you Direct Deposit, an easy way to receive your Income Insurance benefit payments without delay. With Direct Deposit, benefits are paid directly into your bank account, and no notice of payment is sent by mail.

To take advantage of this service, complete the form provided below, print it out and mail it to the above address. Please include a cheque specimen marked "Void."

N.B.: Please check to make sure your group allows benefits to be paid by direct deposit before completing the form.

For more information: Tel.: 1 877 317-1406 (toll free) - Fax: (418) 651-5569

APPLICATION FOR DIRECT DEPOSIT

Last Name: _____ First Name: _____

Contract No.: _____ S.I.N.: _____

Address: _____

Postal Code: _____ Tel.: () _____

AUTHORIZATION

I hereby authorize SSQ, Life Insurance Company Inc. to deposit my Income Insurance benefit payments into the bank account indicated on the enclosed cheque specimen. I understand that I may cancel this service at any time by telephoning SSQ's Income Insurance Department.

PLEASE ENCLOSE A CHEQUE SPECIMEN MARKED "VOID."

Signature: _____ Date: _____

Please note that this application is valid only for direct deposit of Income Insurance benefits.

Please remember to inform us of any changes to your bank account details in the future.