

**RÉGIME FACULTATIF
D'ASSURANCE VIE
COLLECTIVE**



Contrat # H6999

À l'intention de la personne retraitée

**Comité paritaire d'assurance collective du
secteur de l'éducation des membres des
syndicats affiliés à la FEESP (CSN)**

Janvier 2018

A- Maintien d'une protection d'assurance vie

Le Comité paritaire d'assurance offre aux participants de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent la possibilité de maintenir, en tant que personne nouvellement retraitée, une protection d'assurance vie dans le régime facultatif d'assurance vie à l'intention des personnes retraitées.

B- Admissibilité

Toute personne qui participe à la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent du régime d'assurance collective des employées et employés de soutien du secteur de l'éducation membres des syndicats affiliés à la FEESP (CSN) au moment où elle prend sa retraite est admissible au régime facultatif d'assurance vie à l'intention des personnes retraitées.

C- Montant de protection

Le montant de protection d'assurance vie automatiquement accordé est de 10 000 \$. Vous n'avez pas à remplir de formulaire d'adhésion. Ce montant de protection peut être réduit à 5 000 \$ ou annulé en tout temps sur demande écrite de votre part à SSQ. En cas de non-paiement des primes, l'assurance se terminera à la fin de la dernière période pour laquelle des primes auront été payées.

D- Tarification à compter du 1^{er} janvier 2018

Groupe d'âge	Taux mensuels par 1 000 \$ de protection
Moins de 55 ans	0,39 \$
55 à 59 ans	0,77 \$
60 à 64 ans	0,98 \$
65 à 69 ans	1,50 \$
70 à 74 ans	2,67 \$
75 ans ou plus	4,39 \$

N.B. : La contribution financière des personnes à l'emploi est déjà soustraite des taux mensuels ci-haut mentionnés.

La taxe de vente provinciale de 9 % n'est pas comprise dans ces taux de primes.

Ces taux sont applicables selon votre âge au 1^{er} janvier de l'année en cours au moment de l'adhésion. Par la suite, les modifications de taux résultant d'un changement de groupe d'âge prennent effet le 1^{er} janvier qui coïncide avec ou qui suit votre anniversaire de naissance.

E- Choix du mode de paiement

Trois (3) modes de paiement vous sont offerts :

- prélèvement mensuel dans votre compte bancaire (paiements préautorisés);
- prélèvement mensuel de votre rente de retraite versée par la CARRA;
- facturation annuelle.

Vous recevrez une première facture dont les primes représentent un montant de protection d'assurance vie de 10 000 \$; la facture doit être retournée accompagnée de votre paiement et du formulaire ci-joint dûment complété.

La section « Paiement des primes » du formulaire vous permet de sélectionner le mode de paiement désiré. Le mode choisi débutera à la fin de la période mentionnée sur la première facture afin de permettre la mise en place du mode de paiement par SSQ. Le mode de facturation annuel s'appliquera si le formulaire n'est pas retourné à SSQ.

F- Demande de prestations

Le formulaire de demande de prestations d'assurance vie est disponible directement chez SSQ.

G- Fin de la protection d'assurance

La protection d'assurance vie prend fin à l'une ou l'autre des dates suivantes :

- à la date de résiliation du régime d'assurance collective (contrat H6999);
- à l'échéance de la dernière période de primes payée;
- au premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception d'un avis écrit par SSQ demandant de mettre fin à la protection.

Assurance vie (personne retraitée du secteur scolaire FEESP-CSN)

À retourner à SSQ dans les 31 jours de la date de votre retraite

SSQ Groupe financier

Les valeurs à la bonne place

Nom de famille

Prénom

N° d'assurance sociale

Adresse

Ville

Code postal

N° de téléphone

État civil ☐ Célibataire ☐ Conjoint(e) de fait ☐ Marié(e) ou lié(e) par union civile ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

| A | A | A | A | | M | M | | J | J | |

Date de la prise de retraite

| A | A | A | A | | M | M | | J | J | |

Date de naissance

PAIEMENT DES PRIMES

- ☐ Paiements préautorisés (remplir la section appropriée)
☐ Déduction de ma rente de retraite versée par la CARRA
☐ Facturation annuelle

J'autorise SSQ à utiliser, à des fins administratives, les renseignements contenus sur cette demande, y compris mon numéro d'assurance sociale. L'assurance entrera en vigueur à la date d'acceptation par SSQ, laquelle sera indiquée sur mon certificat. Je certifie que les renseignements inscrits sur cette demande sont exacts et complets.

Quel est votre plus récent numéro de contrat avec SSQ ?

Signature de la personne adhérente

| A | A | A | A | | M | M | | J | J | |

Date

Réservé à SSQ ☐ 57810 ☐ 57811 ☐ 57812

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 me sera alors expédiée pour confirmer les changements apportés au prochain débit.

Information sur le compte

Nom de l'institution financière _____ Succursale _____ N° 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 site internet cdnpay.ca.

Signature (celle que vous utilisez sur vos chèques)

| A | A | A | A | | M | M | | J | J | |

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 ».

SSQ, Société d'assurance-vie inc., 2525, boulevard Laurier, C.P. 10500, succ Ste-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

Réservé SSQ :

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Je désigne comme bénéficiaire (au décès) :

- | | |
|---|--|
| Conjoint(e) légal(e) ☐ | Conjoint(e) légal(e) et fils - filles ☐ |
| Conjoint(e) de fait ☐ | Père-mère ☐ |
| Fils-filles ☐ | Conjoint(e) de fait et fils - filles ☐ |
| Frères-Soeurs ☐ | Autre : _____ ☐ |

Nom(s) du(des) bénéficiaire(s) : _____

OU

La somme assurée sera payable à la succession de l'adhérent ☐

Le bénéficiaire est révocable* ☐ (peut être changé en tout temps)

Le bénéficiaire est irrévocable* ☐ (ne peut être changé sauf avec le consentement écrit du bénéficiaire nommé 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.