

Sogedent Assurances inc.
425, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 1425
Montréal (Québec) H3A 3G5

La présente demande doit parvenir à l'adresse ci-dessus dans les 31 jours qui suivent l'expiration ou la réduction de la somme assurée des garanties d'assurance vie collective.

PARTIE I - À REMPLIR PAR LE TITULAIRE DU CONTRAT

1. Nom et prénom de l'adhérent

2. Police N° 14A00

3. Numéro de client Sogedent

4. Date de fin de la participation au régime

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

5. Raison(s)

Signature du représentant autorisé de l'adhérent

Titre _____ Date _____

20 _____

PARTIE II - À REMPLIR PAR L'ASSURÉ QUI EXERCE LE DROIT DE TRANSFORMATION

(Nom) _____ (Prénom) _____ (Nom à la naissance (si différent)) _____

Adresse aux fins de correspondance _____

Code postal | _____ | _____ | _____ | _____ |

Téléphone | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Un conseiller en sécurité financière de Sogedent Assurances inc. communiquera sous peu avec vous. Il vous décrira les polices de SSQ Groupe financier offrant des garanties comparables à celles d'une police d'assurance vie collective et vous indiquera le coût de chacune.

Langue

En quelle langue la police et les documents s'y rapportant doivent-ils être rédigés?
Français Anglais

ADHÉRENT			ENFANTS		
Nom			Nom		
Prénom			Prénom		
Date de naissance	Sexe	Montant d'assurance vie à transformer ¹	Date de naissance	Sexe	Montant d'assurance vie à transformer ¹
A A A A M M J J	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		A A A A M M J J	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
CONJOINT			Nom		
Nom			Prénom		
Prénom			Date de naissance	Sexe	Montant d'assurance vie à transformer ¹
Date de naissance	Sexe	Montant d'assurance vie à transformer ¹	A A A A M M J J	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
A A A A M M J J	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Nom		
¹ Le montant d'assurance vie inclut l'assurance vie de l'adhérent, l'assurance vie associé et l'assurance vie prêt.			Prénom		
			Date de naissance	Sexe	Montant d'assurance vie à transformer ¹
			A A A A M M J J	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	

DÉCLARATION

Je certifie que les déclarations faites dans la partie II sont exactes et complètes et je demande à SSQ Groupe financier la transformation de mon assurance vie collective en une police individuelle établie sur la base de ces déclarations.

Il est entendu que la police individuelle établie en contrepartie de la présente demande de transformation ne prendra effet, et que la responsabilité de SSQ Groupe financier ne sera engagée, qu'à la dernière des dates suivantes : date d'expiration de toutes les garanties d'assurance collective ou date de signature de la présente demande, sous réserve toutefois des conditions suivantes :

- 1) La présente demande doit parvenir au siège social de Sogedent Assurances inc. dans les 31 jours qui suivent l'expiration de toutes les garanties d'assurance collective;
- 2) Le participant doit avoir moins de 80 ans, à moins d'indication contraire au contrat.

Il est entendu en outre que, si ces deux conditions ne sont pas remplies, SSQ Groupe financier est libérée de toute obligation et la présente demande est nulle et sans effet. Toutefois, si le participant décède au cours du délai de transformation de 31 jours après avoir rempli les conditions 1) et 2), SSQ Groupe financier se réserve le droit de déduire du capital-décès le solde impayé de la première prime.

Signé à _____ le _____ 20 _____

Signature de l'adhérent

Signature du témoin