

1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE												
Nom			Prénom			N° d'assurance sociale						
2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX												
Adresse												
Code postal												
N° tél. au travail		N° tél. à la résidence		Date de naissance		Sexe	Communication					
				A A A A M M J J J		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>					
DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE												
Nom			Prénom			Date de naissance		Sexe				
						A A A A M M J J J		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
3 RÉGIMES												
					Adhésion		Changement					
							(remplir la section «Événement», s'il y a lieu)					
							Je désire apporter une modification à ma protection ou à mon régime et mon nouveau choix est le suivant :					
1 RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE – OBLIGATOIRE					IND	MONO	FAM	EXEMPTION	IND	MONO	FAM	EXEMPTION
MALADIE 1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
MALADIE 2 (Durée minimale de participation : 24 mois)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
MALADIE 3 (Durée minimale de participation : 24 mois) (Vous devez choisir un seul de ces régimes – voir note 1 au verso)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
					* La portion de la section 5 relative à l'exemption doit être remplie par l'employeur.			* La portion de la section 5 relative à l'exemption doit être remplie par l'employeur.				
2 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 1 – FACULTATIF si retenu par le groupe (assurance soins dentaires) (Durée minimale de participation : 48 mois – voir note 2 au verso)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RETRAIT (voir note 2 au verso) <input type="checkbox"/>
3 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 2 – OBLIGATOIRE (assurance salaire de longue durée)									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RENONCIATION (voir note 3 au verso) <input type="checkbox"/>
4 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 3 (voir note 4 au verso)												
A) ASSURANCE VIE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE - premiers 10 000 \$ obligatoire avec droit de retrait					<input checked="" type="checkbox"/> 10 000 \$ adhésion automatique <input type="checkbox"/> Je renonce (au montant de 10 000 \$)			<input type="checkbox"/> Je souhaite mettre fin à cette protection et je respecte le délai prévu pour utiliser mon droit de retrait du montant minimal obligatoire de 10 000 \$				
Choix du montant de protection total (incluant les premiers 10 000 \$)					<input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> 125 000 \$ <input type="checkbox"/> 200 000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 150 000 \$ <input type="checkbox"/> 225 000 \$ <input type="checkbox"/> 75 000 \$ <input type="checkbox"/> 175 000 \$ <input type="checkbox"/> 250 000 \$ <input type="checkbox"/> 100 000 \$			Choix du nouveau montant de protection : <input type="checkbox"/> 10 000 \$ <input type="checkbox"/> 100 000 \$ <input type="checkbox"/> 200 000 \$ <input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> 125 000 \$ <input type="checkbox"/> 225 000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 150 000 \$ <input type="checkbox"/> 250 000 \$ <input type="checkbox"/> 75 000 \$ <input type="checkbox"/> 175 000 \$				
B) ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE					<input type="checkbox"/> Je désire cette protection			<input type="checkbox"/> Je souhaite ajouter cette protection <input type="checkbox"/> Je souhaite mettre fin à cette protection				
C) ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE (Disponible uniquement si vous participez à B) ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE)					<input type="checkbox"/> 10 000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 80 000 \$ <input type="checkbox"/> 20 000 \$ <input type="checkbox"/> 60 000 \$ <input type="checkbox"/> 90 000 \$ <input type="checkbox"/> 30 000 \$ <input type="checkbox"/> 70 000 \$ <input type="checkbox"/> 100 000 \$ <input type="checkbox"/> 40 000 \$			Choix du nouveau montant de protection : <input type="checkbox"/> 10 000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 80 000 \$ <input type="checkbox"/> 20 000 \$ <input type="checkbox"/> 60 000 \$ <input type="checkbox"/> 90 000 \$ <input type="checkbox"/> 30 000 \$ <input type="checkbox"/> 70 000 \$ <input type="checkbox"/> 100 000 \$ <input type="checkbox"/> 40 000 \$				
ÉVÉNEMENT justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement (Pour la cohabitation, indiquez la date de début) 1. COHABITATION <input type="checkbox"/> → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? (Vie maritale) → Si oui, date de naissance de l'enfant → 1.2 Date de début de cohabitation					2. MARIAGE OU UNION CIVILE <input type="checkbox"/> 3. ADOPTION <input type="checkbox"/> 4. NAISSANCE <input type="checkbox"/> 5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT <input type="checkbox"/> 6. SÉPARATION <input type="checkbox"/>			7. DIVORCE <input type="checkbox"/> 8. CESSATION DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE <input type="checkbox"/> 9. OBTENTION D'UN STATUT D'ENGAGEMENT RÉGULIER <input type="checkbox"/>				
4 BÉNÉFICIAIRE												
Nom du ou des bénéficiaires :												
Je désigne comme bénéficiaire (au décès) : Conjoint(e) légal(e) (1) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait (7) <input type="checkbox"/> Fils-filles (2) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) légal(e) et fils - filles (6) <input type="checkbox"/> Père-mère (3) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait et fils - filles (8) <input type="checkbox"/> Frères-soeurs (4) <input type="checkbox"/>												
Le bénéficiaire est révocable <input type="checkbox"/> (peut être changé en tout temps) Le bénéficiaire est irrévocable <input type="checkbox"/> (ne peut être changé sauf avec le consentement écrit du bénéficiaire nommé irrévocable) OU La somme assurée sera payable à la succession de la personne adhérente <input type="checkbox"/>												
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. Dans le présent document, SSQ désigne SSQ, Société d'assurance-vie inc.												

5 Employeur											
Nom de l'organisme				N° d'établissement			N° de groupe				
							J				
N° d'employé(e)		Date de l'emploi		Date d'admissibilité		Reçu de l'employé(e)		Date de la signature du contrat			
Absence du travail? Est-ce que la personne adhérente est présentement absente du travail? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, raison _____ Date du début de l'absence : A A A A M M J J J La personne adhérente : <input type="checkbox"/> a maintenu sa participation <input type="checkbox"/> a suspendu sa participation (sauf le régime maladie 1)				Statut d'engagement Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> ▶ _____ % du temps plein		Catégorie d'employé(e) Enseignant(e) <input type="checkbox"/> Infirmier(ière) <input type="checkbox"/> Soutien <input type="checkbox"/> Professionnel(le) <input type="checkbox"/> Soutien (Ch. 10, éducation aux adultes) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>					
Je certifie que les renseignements sont exacts et complets. A A A A M M J J J Date _____ N° tél. _____ Poste _____ Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées) _____ Signature du représentant de l'employeur _____				SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE (comme si 100 % du temps plein) _____ \$ / année Réserve secteur santé Pendant la période de référence, cette personne adhérente a travaillé 25 % ou moins du temps complet et a décidé de : <input type="checkbox"/> participer aux régimes d'assurance vie et d'assurance salaire de la convention collective. <input type="checkbox"/> de ne pas participer aux régimes d'assurance vie et d'assurance salaire de la convention collective.							
Exemption du régime d'assurance maladie <input type="checkbox"/> Début d'exemption _____ → Conserver la preuve de l'existence d'une assurance permettant l'exemption. <input type="checkbox"/> Fin d'exemption Date de la fin d'exemption A A A A M M J J J → Fournir la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption. Raison : _____											
Remarques											
_____ _____ _____											
6 Signature											
J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les primes requises en vertu des régimes que j'ai choisis. J'autorise mon employeur et SSQ à utiliser, à des fins administratives, les renseignements contenus dans cette demande, y compris mon numéro d'assurance sociale. Je certifie que les renseignements inscrits sur cette demande sont exacts et complets. Je reconnais de plus avoir pris connaissance de l'avis au verso concernant les dossiers et les renseignements personnels et avoir conservé copie de la présente formule. Date : A A A A M M J J J Signature de la personne adhérente _____											
7 SECTION SSQ											
N° groupe		N° certificat				En vigueur		Classe		Adhérent sélection	
J						A A A A M M J J J				Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
MAL.	FRAIS DENT.	I.H.	R.I.P.	VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	RENTES SURV.	
						P.A.C.	CONJOINT		ENFANTS		
BASE											
ADD.											
Adhérent(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>										Code certificat	
Conjoint(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>										Codifié par _____ A A A A M M J J J	

CHOIX DE PROTECTION

Note 1

En vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, la participation au régime d'assurance maladie est obligatoire sous réserve du droit d'exemption, car la garantie d'assurance médicaments y est prévue. Veuillez consulter la section « Participation à l'assurance » des renseignements généraux de la brochure pour plus de détails.

Note 2

Le régime de soins dentaires est à participation facultative pour toute personne employée admissible au régime de soins dentaires et qui appartient à **un groupe dans lequel ce régime est en vigueur** en raison d'un taux d'adhésion de ses membres d'au moins 40 %. Ainsi, seules les personnes adhérentes qui choisissent d'y participer sont couvertes par ce régime. La durée minimale de participation à ce régime est de 48 mois. Si une personne adhérente veut terminer sa participation avant la fin de la période de 48 mois, elle doit démontrer à la satisfaction de SSQ qu'elle est couverte par un autre régime d'assurance collective comportant une garantie d'assurance soins dentaires. Si le taux d'adhésion d'un groupe est inférieur à 40 %, le régime de soins dentaires n'est pas disponible pour les membres de ce groupe.

Note 3

La personne adhérente doit remplir le formulaire « Droit de renonciation au régime d'assurance salaire de longue durée » (FV3783F) et répondre aux conditions qui y sont énumérées.

Note 4

Le régime complémentaire 3 d'assurance vie prévoit une participation obligatoire à un montant minimal de protection de 10 000 \$ d'assurance vie de la personne adhérente, pour toute personne employée admissible au régime d'assurance vie. La personne adhérente bénéficie toutefois d'un délai maximal de 180 jours à compter de la date d'entrée en vigueur du montant de protection de 10 000 \$ d'assurance vie de la personne adhérente pour faire une demande de retrait de cette protection, selon les dispositions prévues au contrat.

La participation à un montant de protection en excédent du montant minimal de 10 000 \$ d'assurance vie de la personne adhérente et aux autres protections d'assurance vie est **facultative**. Il est à noter que les montants de protection de 10 000 \$, 25 000 \$ et 50 000 \$ d'assurance vie de la personne adhérente sont disponibles sans preuves d'assurabilité durant les 180 premiers jours suivant la date d'admissibilité. Par la suite, des preuves d'assurabilité sont requises.

Les montants de protection supérieurs à 50 000 \$ d'assurance vie de la personne adhérente de même que tous les montants de protection d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe sont toujours assujettis à l'acceptation de preuves d'assurabilité par SSQ.

AVIS DE CONSTITUTION D'UN DOSSIER

Dossier et renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements concernant les personnes qu'elle assure, SSQ, Société d'assurance-vie inc. constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant leur demande d'adhésion ainsi que les renseignements relatifs à leurs demandes de prestations.

Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés, mandataires et fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion du contrat, des enquêtes, de la sélection des risques et du traitement des demandes de prestations et toute autre personne que vous aurez autorisée ont accès à ce dossier. SSQ conserve les dossiers d'assurance dans ses bureaux.

Toute personne a le droit de prendre connaissance des renseignements la concernant et, le cas échéant, de les faire rectifier sans frais, en adressant une demande écrite à SSQ, Société d'assurance-vie inc., 2525 Boul. Laurier, Case postale 10500, Succursale Sainte-Foy, Québec (Québec), G1V 4H6, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels. Toutefois, SSQ peut exiger des frais pour toute transcription, reproduction ou transmission de renseignements et informera préalablement la personne concernée du montant approximatif exigible.

SSQ et ses filiales peuvent utiliser la liste des personnes assurées de SSQ afin de leur offrir des produits financiers et d'assurances. Si vous désirez que vos coordonnées soient rayées de cette liste, vous devez envoyer une demande écrite à cet effet au Responsable de la protection des renseignements personnels, dont l'adresse paraît ci-dessus.