

**1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale \_\_\_\_\_

**2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

N° tél. à la résidence \_\_\_\_\_ N° tél. au travail \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe M  F  Communication Fr.  Ang.

**DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

**3 RÉGIMES**

3.1 RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ (OBLIGATOIRE) Veuillez cocher une seule case selon le scénario de protection désiré. (Voir note 1 au verso)

Scénario de protection	Individuel			Monoparental						Familial					
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
Adhèrent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Santé I	Santé II	Santé II	Santé III	Santé III	Santé III	Santé I	Santé II	Santé II	Santé III	Santé III	Santé III
Enfants à charge				Santé I	Santé I	Santé II	Santé I	Santé II	Santé III						
Conjoint et enfants à charge										Santé I	Santé I	Santé II	Santé I	Santé II	Santé III

Exemption ► La portion de la section 5.13 relative à l'exemption doit être remplie par l'employeur.

	ADHÉSION	CHANGEMENT
3.2 RÉGIME OPTIONNEL I D'ASSURANCE VIE (FACULTATIF) (Voir notes 2 et 3 au verso)		AJOUT <input type="checkbox"/> RETRAIT <input type="checkbox"/>
3.2.1 DE BASE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (1 fois le salaire annuel)	<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique <input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection	<input type="checkbox"/>
3.2.2 ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (le montant peut être 1, 2, 3, 4 ou 5 fois le salaire annuel)	_____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)	AUGMENTER À _____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré) / RÉDUIRE À _____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)
3.2.3 DE LA PERSONNE CONJOINTE ET DES ENFANTS À CHARGE	<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique <input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection	<input type="checkbox"/>
3.2.4 ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE (le montant peut être 1 à 10 tranches de 10 000 \$)	_____ tranche(s) de 10 000 \$ (Indiquez le nombre total de tranches désiré)	AUGMENTER À _____ tranche(s) de 10 000 \$ (Indiquez le nombre total de tranches désiré) / RÉDUIRE À _____ tranche(s) de 10 000 \$ (Indiquez le nombre total de tranches désiré)
3.3 RÉGIME OPTIONNEL II D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (selon le vote de l'unité d'accréditation) (Voir notes 2 et 3 au verso)	OBLIGATOIRE (OPTION II O OU II O+) _____ OU FACULTATIF (OPTION II F) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Voir note 4 au verso)

3.4 Événement justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement \_\_\_\_\_ (Pour la cohabitation, indiquez la date de début)

1. COHABITATION  → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant \_\_\_\_\_  
 (Vie maritale) → 1.2 Date de début de cohabitation \_\_\_\_\_

2. MARIAGE OU UNION CIVILE  3. ADOPTION   
 4. NAISSANCE  5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

6. SÉPARATION  7. DIVORCE   
 8. PERTE DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE

**4 BÉNÉFICIAIRE**

Je désigne comme bénéficiaire (au décès) :

Conjoint(e) légal(e) (1)  Conjoint(e) de fait (7)  Fils-filles (2)  Conjoint(e) légal(e) et fils - filles (6)  Père-mère (3)  Conjoint(e) de fait et fils - filles (8)  Frères-Soeurs (4)

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)

Nom(s) du(des) bénéficiaire(s) : \_\_\_\_\_

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

\* 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.

### **Note 1**

Vous devez choisir un statut de protection (individuel, monoparental ou familial) ainsi qu'un niveau de protection (Santé I, Santé II ou Santé III) en cochant la case du scénario de protection désiré (A à O). Le niveau de protection de vos personnes à charge peut être égal ou inférieur à votre propre niveau. Par exemple, vous pouvez choisir le régime Santé III pour vous-même, mais préférer le régime Santé II pour votre conjoint et vos enfants à charge.

Vous pouvez changer votre niveau de protection ou celui de vos personnes à charge dans les 30 jours suivants l'un des événements prévus à la section 3.4 du présent formulaire, sans égard à la durée de votre participation. En l'absence d'événement, vous et vos personnes à charge devez conserver le même niveau de protection pendant au moins 36 mois avant de pouvoir le diminuer.

**Si vous faites votre demande dans les 30 jours suivant la date de l'événement**, le changement entre en vigueur à la date de l'événement. Vous pouvez profiter de cette situation pour modifier votre statut de protection, votre niveau de protection ou celui de vos personnes à charge à la hausse ou à la baisse.

**Si vous faites votre demande plus de 30 jours après la date de l'événement, ou en l'absence d'événement**, le changement à la hausse entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date où votre employeur reçoit la demande. Toutefois, pour une modification à la baisse, vous et vos personnes à charge devez conserver le même niveau de protection pendant au moins 36 mois avant de pouvoir le diminuer.

Pour plus de détails, consultez la section « Entrée en vigueur de l'assurance » de votre brochure.

### **Note 2**

Vous devez participer aux régimes d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée (104 semaines) prévus à la convention collective pour avoir accès aux régimes Santé II ou III, au régime optionnel I d'assurance vie et au régime optionnel II d'assurance salaire de longue durée.

### **Note 3**

#### Assurance vie de base

L'adhésion à la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente et à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge est automatique. Toutefois, vous avez le droit d'y renoncer à la date d'admissibilité à l'assurance. En cas de renonciation, l'adhésion à ces garanties devient facultative et des preuves d'assurabilité seront exigées si vous présentez une demande d'adhésion plus de 30 jours après la date à laquelle vous êtes devenu(e) admissible.

#### Assurance vie additionnelle

Dans la colonne « AJOUT » ou « RETRAIT », le chiffre que vous inscrivez correspond à la protection que vous désirez et non pas au nombre d'unités que vous ajoutez ou enlevez. À titre d'exemple, si vous possédez une protection représentant 3 fois votre salaire en assurance vie additionnelle et que vous indiquez « 2 » dans la case « RÉDUIRE À » de la colonne « RETRAIT », nous retrancherons 1 unité de salaire de votre montant d'assurance vie additionnelle. Cette procédure est la même pour le montant d'assurance vie additionnelle du conjoint. Des preuves d'assurabilité sont toujours requises lors d'une demande d'assurance vie additionnelle.

**5 EMPLOYEUR**

5.1 Nom de l'organisme				5.2 N° d'établissement	5.3 N° de groupe <b>A</b> ou <b>T</b>
5.4 (N° d'employé)	5.5 Date d'emploi A M J	5.6 Date d'admissibilité A M J	5.7 Reçu de l'employé A M J	<b>5.8 STATUT D'ENGAGEMENT ET DÉLAI D'ADMISSIBILITÉ</b>	
5.9 ABSENCE DU TRAVAIL?				5.8.1 personne salariée embauchée à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet dans un poste (1 mois) <input type="checkbox"/> 5.8.2 personne salariée embauchée dans une catégorie d'emploi autre que la précédente (3 mois) sauf pour le régime Santé I (1 mois) <input type="checkbox"/>	
5.9.1 Est-ce que la personne adhérente est présentement absente du travail?				5.10 POURCENTAGE DE TEMPS TRAVAILLÉ	
5.9.2 Non <input type="checkbox"/> 5.9.3 Oui <input type="checkbox"/> Si oui, raison _____ 5.9.4 Date du début de l'absence A M J La personne adhérente: <input type="checkbox"/> 5.9.5 a maintenu sa participation <input type="checkbox"/> 5.9.6 a suspendu sa participation (sauf le régime d'assurance Santé I)				Cette personne adhérente a travaillé 25 % ou moins du temps complet au cours de la période de référence et a décidé de : 5.10.1 <input type="checkbox"/> participer ou maintenir sa participation à l'assurance. } (Voir note 5 au verso) 5.10.2 <input type="checkbox"/> cesser de participer à l'assurance. } 5.10.3 <input type="checkbox"/> ne pas participer à l'assurance. } (Voir note 6 au verso)	
5.12 Je certifie que les renseignements sont exacts et complets. A M J				5.11 SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE (comme si 100 % du temps plein) _____ \$ / année	
N° tél. _____ Poste _____				Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées) _____ Signature du représentant de l'employeur _____	

**5.13 EXEMPTION**

<input type="checkbox"/> 5.13.1 Début d'exemption	▶	5.13.2 Date de début d'exemption A M J	▶	conservez la preuve de l'existence de l'assurance permettant l'exemption.
<input type="checkbox"/> 5.13.3 Fin d'exemption	▶	5.13.4 Date de la fin d'exemption A M J	▶	conservez la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.

**5.14 REMARQUES**

**6 DÉCLARATION DE PERSONNE NON-FUMEUSE**

«Je soussigné(e) déclare être une personne non-fumeuse et n'avoir fumé aucun produit de tabac tel que cigarette, cigare ou pipe, ni aucune drogue au cours des douze (12) derniers mois. Il est entendu que SSQ peut demander périodiquement une confirmation de ce statut. À défaut de répondre, la personne assurée perd ce statut et ne bénéficie plus de la réduction de primes qui s'y rattache à compter de la date de la demande de SSQ. Je reconnais également que toute fausse déclaration ou réticence peut entraîner la nullité de la protection.»

Pour vous-même

6.1 Date : A M J

6.2 Signature de la personne adhérente : \_\_\_\_\_

Pour votre personne conjointe

6.3 Date : A M J

6.4 Signature de la personne conjointe : \_\_\_\_\_

**7 AUTORISATIONS ET 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, pour 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.

7.1 Date : A M J

7.2 Signature de la personne adhérente : \_\_\_\_\_

**8 SECTION SSQ**

N° groupe		N° certificat					En vigueur A M J				Classe		Adhérent sélection 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.	RENTE SURV.			
							P.A.C.	CONJOINT	ENFANTS					
BASE														
ADD.														
Adhérent(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Conjoint(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Codifié par _____ A M J											Code certificat			

## CHOIX DE PROTECTION ET STATUT D'ENGAGEMENT

### Assurance salaire longue durée

Pour le régime optionnel II d'assurance salaire de longue durée à participation facultative (option II F), des preuves d'assurabilité sont requises si votre demande d'adhésion à ce régime est présentée au-delà du délai de 30 jours suivant la date où vous êtes devenu(e) admissible.

### **Note 4**

Vous pouvez renoncer au régime optionnel II d'assurance salaire de longue durée à participation obligatoire (options II O et II O+) si vous répondez à l'une ou l'autre des conditions prévues pour ce régime. Consultez la section « Participation à l'assurance » de votre brochure pour plus de détails.

### **Note 5**

Pour connaître les dispositions particulières qui s'appliquent à la personne adhérente travaillant 25 % ou moins du temps complet, consultez l'annexe 1 de votre brochure.

### **Note 6**

En vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, la participation minimale au régime d'assurance Santé I est obligatoire (sous réserve du droit d'exemption) puisque ce régime prévoit le remboursement de médicaments. Consultez la section « Participation à l'assurance » de votre brochure pour en savoir davantage sur le droit d'exemption.

## AVIS

### 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, ainsi que des réassureurs 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.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter l'Énoncé de la politique de protection des renseignements personnels sur le site [ssq.ca](http://ssq.ca).