

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
Adhérent	<input type="checkbox"/>														
Enfants à charge				<input type="checkbox"/>											
Conjoint et enfants à charge				<input type="checkbox"/>											

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

3.2 RÉGIME DE SOINS DENTAIRES (FACULTATIF) Vous devez choisir une seule case selon le statut de protection désiré. (Voir note 2 au verso)	ADHÉSION			CHANGEMENT			
	Individuel	Monoparental	Familial	Individuel	Monoparental	Familial	Terminaison
<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique <input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 RÉGIME OPTIONNEL I D'ASSURANCE VIE (FACULTATIF) (Voir notes 3 et 4 au verso)	AJOUT			RETRAIT			
3.3.1 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3.2 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)
3.3.3 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3.4 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)
3.4 RÉGIME OPTIONNEL II D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (selon le vote de l'unité d'accréditation) (Voir notes 3, 4 et 5 au verso)	OBLIGATOIRE (OPTION II O OU II O+) - OU - FACULTATIF (OPTION II F) <input type="checkbox"/>			(Voir note 5 au verso)			(Voir note 5 au verso)

3.5 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 _____ 2. MARIAGE OU UNION CIVILE 6. SÉPARATION

(Vie maritale) → 1.2 Date de début de cohabitation _____ 3. ADOPTION 7. DIVORCE

4. NAISSANCE 8. PERTE DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE

5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

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.

5 EMPLOYEUR

5.1 Nom de l'organisme _____ 5.2 N° d'établissement _____ 5.3 N° de groupe **A** ou **T**

5.4 (N° d'employé) _____ 5.5 Date d'emploi _____ 5.6 Date d'admissibilité _____ 5.7 Reçu de l'employé _____

5.8 STATUT D'ENGAGEMENT ET DÉLAI D'ADMISSIBILITÉ

- 5.8.1 personne salariée embauchée à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet dans un poste (1 mois)
- 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)

5.9 ABSENCE DU TRAVAIL?

5.9.1 Est-ce que la personne adhérente est présentement absente du travail? 5.9.2 Non 5.9.3 Oui Si oui, raison _____

5.9.4 Date du début de l'absence _____

La personne adhérente: 5.9.5 a maintenu sa participation 5.9.6 a suspendu sa participation (sauf le régime d'assurance Santé I)

5.10 POURCENTAGE DE TEMPS TRAVAILLÉ
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 participer ou maintenir sa participation à l'assurance. (Voir note 5 au verso)

5.10.2 cesser de participer à l'assurance. (Voir note 6 au verso)

5.10.3 ne pas participer à l'assurance.

5.11 SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE (comme si 100 % du temps plein) _____ \$ / année

5.12 Je certifie que les renseignements sont exacts et complets.

Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées) _____

N° tél. _____ Poste _____

Signature du représentant de l'employeur _____

5.13 EXEMPTION

5.13.1 Début d'exemption ► 5.13.2 Date de début d'exemption _____ ► conservez la preuve de l'existence de l'assurance permettant l'exemption.

5.13.3 Fin d'exemption ► 5.13.4 Date de la fin d'exemption _____ ► 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 _____ Pour votre personne conjointe _____

6.1 Date : _____ 6.3 Date : _____

6.2 Signature de la personne adhérente : _____ 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 : _____ 7.2 Signature de la personne adhérente _____

8 SECTION SSQ

N° groupe	N° certificat						En vigueur		Classe		Adhérent sélection	
	MAL.	FRAIS DENT.	I.H.	R.I.P.	VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	Non	Oui
							P.A.C.	CONJOINT	ENFANTS			
BASE												
ADD.												

Adhérent(e) fumeur(se) Oui Non
Conjoint(e) fumeur(se) Oui Non Codifié par _____

CHOIX DE PROTECTION ET STATUT D'ENGAGEMENT

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. À noter que la durée de participation aux régimes Santé II et Santé III avant le 31 mars 2019 ne peut être comptabilisée si vous optez pour l'un de ces régimes à compter du 31 mars 2019 ou après.

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

Le statut de protection individuel au régime de soins dentaires est accordé par défaut, à moins d'y renoncer ou de choisir un statut de protection différent. La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois consécutifs et cette période est comptabilisée à partir du 31 mars 2019 ou de la date initiale de la protection de la personne adhérente. À noter que la durée de participation aux régimes Santé II et Santé III, dans lesquels la protection de soins dentaires était incluse avant le 31 mars 2019, ne peut être comptabilisée.

Note 3

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 4

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.

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 5

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. À cet effet, vous devez compléter le formulaire **Droit de renonciation à la garantie obligatoire d'assurance salaire de longue durée** disponible auprès de votre employeur et consultez la section « Participation à l'assurance » de votre brochure pour plus de détails.

Note 6

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 7

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.