

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 M F Communication Fr. Ang.

Désignation de la personne conjointe

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____ Sexe M F

3 RÉGIMES

Vous devez cocher une seule case selon le statut de protection et le régime d'assurance maladie désiré ainsi que pour le régime d'assurance soins dentaires. (Voir note 1 au verso)

1 RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE

Choix de protection	INDIVIDUEL				MONOPARENTAL				FAMILIAL									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
Maladie 1	IND				MONO						FAM							
Maladie 2		IND	IND	IND	MONO	MONO	MONO	MONO	MONO	MONO		FAM	FAM	FAM	FAM	FAM	FAM	FAM
Option 1			IND				IND	MONO					IND		MONO		FAM	
Option 2				IND				IND		MONO					IND	MONO		FAM

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

2 RÉGIME FACULTATIF DE SOINS DENTAIRES (Voir note 2 au verso)

Choisir une seule case selon le statut de protection désiré	ADHÉSION			CHANGEMENT			
	INDIVIDUEL	MONOPARENTAL	FAMILIAL	INDIVIDUEL	MONOPARENTAL	FAMILIAL	RETRAIT
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE (Voir note 3 au verso)

- de base et MMA (mort et mutilation accidentelle) de la personne adhérente (1 fois le salaire annuel)
- additionnelle de la personne adhérente (Le montant total de protection choisi peut être de 1, 2, ou 3, fois le salaire annuel) Voir note 2 au verso
- de base des personnes à charge (conjoint(e) et enfant(s))
- de base des enfants à charge (enfant(s) seulement)
- additionnelle de la personne conjointe (Le montant total de protection choisi peut être de 1 à 5 tranches de 10 000 \$) Voir note 2 au verso

	ADHÉSION		CHANGEMENT	
	J'AJOUTE	J'ENLÈVE	J'AJOUTE	J'ENLÈVE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ fois (indiquez le nombre total de fois désiré)	_____ fois (indiquez le nombre total de fois désiré)	_____ fois (indiquez le nombre total de fois désiré)	_____ fois (indiquez le nombre total de fois désiré)	_____ fois (indiquez le nombre total de fois désiré)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ tranche(s) de 10 000\$ (indiquez le nombre total de tranches désiré)	_____ tranche(s) de 10 000\$ (indiquez le nombre total de tranches désiré)	_____ tranche(s) de 10 000\$ (indiquez le nombre total de tranches désiré)	_____ tranche(s) de 10 000\$ (indiquez le nombre total de tranches désiré)	_____ tranche(s) de 10 000\$ (indiquez le nombre total de tranches désiré)

4 RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE Voir note 3 au verso

Événement justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement _____ (Pour les événements 2 à 8) (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-Sœurs (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)

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

Nom de l'organisme _____ N° d'établissement _____ N° de groupe **H** _____

N° d'employé(e) _____ Date d'emploi _____ Date d'admissibilité _____ Reçu de l'employé _____

ABSENCE DU TRAVAIL? Est-ce que la personne adhérente est présentement absente du travail?
 Non Oui Si oui, raison _____

STATUT D'ENGAGEMENT
Temps plein
Temps partiel
► _____ % du temps plein

Date du début de l'absence _____

La personne adhérente :
 a maintenu ses assurances a suspendu ses assurances (sauf le régime d'assurance maladie)

Je certifie que les renseignements sont exacts et complets.
Date _____ Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées) _____
N° tél. _____ Poste _____ Signature du représentant de l'employeur _____

Exemption

Exemption du régime d'assurance maladie Date de début d'exemption _____
 Date de la fin d'exemption _____

Conservez la preuve de l'existence d'une assurance permettant l'exemption.
Conservez la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.

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 prime 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 Date : _____ Pour votre personne conjointe Date : _____
Signature de la personne adhérente : _____ Signature de la personne conjointe : _____

7 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.

Date : _____ 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 _____

Code certificat _____

CHOIX DE PROTECTION

Note 1 — Régimes d'assurance maladie

Choix du statut et du niveau de protection

Vous devez choisir un statut de protection (individuel, monoparental ou familial) ainsi qu'un niveau de protection (Maladie 1, Maladie 2 sans option, Maladie 2 avec Option 1 ou Maladie 2 avec option 2) en cochant le scénario de protection désiré (A à R).

En participant au régime Maladie 2, vous avez accès aux options 1 et 2 et le statut de protection pour l'une ou l'autre de ces options peut être inférieur ou égal au statut de protection de la protection Maladie 2. Par exemple, vous pouvez opter pour la protection Maladie 2 avec un statut familial et ajouter l'Option 2 avec un statut individuel.

Toute augmentation du niveau de protection est acceptable au premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de votre demande par votre employeur.

Cependant, vous devez maintenir votre participation au régime Maladie 2, à l'option 1 ou à l'option 2 pendant au moins 24 mois avant de pouvoir modifier votre niveau de protection à la baisse. À noter que la durée de participation aux régimes Maladie 2 ou 3 avant le 31 mars 2019 ne peut être comptabilisée si vous optez pour le régime Maladie 2 avec ou sans option à compter du 31 mars 2019 ou après.

Vous pouvez toutefois modifier votre niveau de protection ou celui de vos personnes à charge à la hausse ou à la baisse dans les 30 jours suivants l'un des événements prévus à la fin de la section 3 du présent formulaire, sans égard à la durée de votre participation.

Note 2 — Régime de soins dentaires

Participation et choix du statut de protection

Le régime de soins dentaires est à participation facultative pour la personne adhérente admissible au régime de soins dentaires et qui appartient à une unité d'accréditation syndicale dans laquelle ce régime est en vigueur en raison du taux d'adhésion de ceux-ci 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 36 mois.

Vous devez choisir un statut de protection (individuel, monoparental ou familial) en cochant la case appropriée. Le statut de protection choisi pour ce régime est totalement indépendant de celui du régime d'assurance maladie et peut en conséquence être inférieur, égal ou supérieur à ce dernier.

Note 3 — Régimes d'assurance vie et d'assurance salaire de longue durée

La garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente et le régime d'assurance salaire de longue durée sont disponibles sans preuves d'assurabilité dans les 30 jours suivant votre date d'admissibilité. Au-delà de ce délai, des preuves d'assurabilité doivent être présentées et acceptées par SSQ Assurance.

Les garanties d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente ou de sa personne conjointe sont toujours sujettes à l'acceptation de preuves d'assurabilité par SSQ Assurance.

La participation à l'assurance vie de base de la personne adhérente est requise pour participer à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente, à l'assurance vie de base des personnes à charge ou à l'assurance vie de base des enfants à charge.

La participation à l'assurance vie de base des personnes à charge est requise pour participer à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

Assurance vie additionnelle de la personne adhérente ou de la personne conjointe

Si vous ou votre personne conjointe êtes une personne non-fumeuse, veuillez remplir la section 6 pour bénéficier de la tarification réduite pour la personne non-fumeuse. En l'absence de signature à cette section, la tarification pour personne fumeuse s'applique.

Dans la colonne « j'ajoute » ou « j'enlève », le chiffre que vous inscrivez correspond à la protection que vous désirez et non pas au nombre d'unité que vous ajoutez ou enlevez. À titre d'exemple, si vous possédez 3 fois votre salaire en assurance vie additionnelle et que vous indiquez « 2 » sur la ligne sous « réduire à » de la colonne « j'enlève », 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 de votre personne conjointe.

AVIS

Dossier et renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, SSQ Assurance constitue un dossier d'assurance et de rente dans lequel sont consignés les renseignements concernant votre demande d'assurance ou de rente ainsi que les renseignements relatifs à toute réclamation d'assurance.

Seuls les employés ou mandataires qui sont responsables de la sélection des risques, des enquêtes et des réclamations ou toute autre personne que vous aurez autorisée, auront accès à ce dossier.

Votre dossier est conservé dans les bureaux de l'entreprise à Québec.

Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante : SSQ, Société d'assurance-vie inc., C.P.10500, Succ. Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6, à l'attention de :

- Responsable de l'accès à l'information.