

1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE			
Nom		Prénom	
		N° d'assurance sociale	
2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX			
Adresse			
Code postal		Courriel	
N° tél. au travail	N° tél. à la résidence	Date de naissance	Sexe
		A   A   A   A   M   M   J   J	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
		Communication	
		Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	
3 RÉGIMES		ADHÉSION	
ASSURANCE MALADIE			
RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE (Voir notes 1 et 2 au verso)		*La portion de la section 5 relative à l'exemption doit être remplie par l'employeur.	
<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Exemption*		<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Exemption*	
REGROUPEMENTS COMPLÉMENTAIRES FACULTATIFS		CHANGEMENT (Remplir la section « Événement », s'il y a lieu)	
Durée minimale de participation : 24 mois			
<input type="checkbox"/> Facultatif 1 <input type="checkbox"/> Facultatif 2 <input type="checkbox"/> Facultatif 3 <input type="checkbox"/> Facultatif 4		<b>AJOUT</b> <input type="checkbox"/> Facultatif 1 <input type="checkbox"/> Facultatif 2 <input type="checkbox"/> Facultatif 3 <input type="checkbox"/> Facultatif 4	
		<b>RETRAIT</b> <input type="checkbox"/> Facultatif 1 <input type="checkbox"/> Facultatif 2 <input type="checkbox"/> Facultatif 3 <input type="checkbox"/> Facultatif 4	
SOINS DENTAIRES			
FACULTATIF (Voir note 3 au verso)		Durée minimale de participation : 48 mois	
<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale		<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Je désire mettre fin à cette protection	
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE			
OBLIGATOIRE		<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion obligatoire <input type="checkbox"/> Renonciation (Voir note 4 au verso)	
ASSURANCE VIE - Voir note 5 au verso			
ASSURANCE VIE DE BASE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (Obligatoire avec droit de retrait)		<input checked="" type="checkbox"/> 10 000 \$ adhésion automatique <input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> Je renonce (au montant de 10 000 \$)	
		<input type="checkbox"/> 10 000 \$ <input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> Je désire mettre fin à cette protection et je respecte le délai prévu pour utiliser mon droit de retrait du montant minimal obligatoire de 10 000 \$	
ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (Participation facultative)		<b>1 à 9 unités de 25 000 \$</b> _____ unité(s) de 25 000 \$ (Indiquez le nombre total d'unités demandées)	
		<b>1 à 9 unités de 25 000 \$</b> _____ unité(s) de 25 000 \$ (Indiquez le nombre total d'unités demandées) <input type="checkbox"/> Je désire mettre fin à cette protection	
ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE (Participation facultative)		(Veuillez cocher une seule case) <b>Option 1 :</b> <input type="checkbox"/> Personne conjointe <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Personne conjointe et enfants	
		<b>Option 2 :</b> <input type="checkbox"/> Personne conjointe <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Personne conjointe et enfants	
ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE (Participation facultative)		<b>1 à 10 unités de 10 000 \$</b> _____ unité(s) de 10 000 \$ (Indiquez le nombre total d'unités demandées)	
		<b>1 à 10 unités de 10 000 \$</b> _____ unité(s) de 10 000 \$ (Indiquez le nombre total d'unités demandées) <input type="checkbox"/> Je désire mettre fin à cette protection	
DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE			
Nom		Prénom	
		Date de naissance	
		A   A   A   A   M   M   J   J	
		Sexe	
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
ÉVÉNEMENT justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement			
(Pour la cohabitation, indiquez la date de début)			
A   A   A   A   M   M   J   J			
1. Cohabitation (Vie maritale) <input type="checkbox"/> → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? _____ → 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. Décès <input type="checkbox"/> 7. Séparation ou divorce <input type="checkbox"/> 8. Cessation de l'assurance de la personne conjointe ou des enfants à charge <input type="checkbox"/> 9. Obtention d'un statut d'emploi régulier <input type="checkbox"/> 10. Admissibilité à l'assurance de la personne conjointe <input type="checkbox"/>			
BÉNÉFICIAIRE (assurance vie)			
*Au Québec, en l'absence de choix à cette question, la désignation du conjoint <u>légal</u> est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révoicable.			
La somme assurée sera payable à la succession de l'adhérente <input type="checkbox"/> OU Je désigne comme bénéficiaire (au décès) :			
Nom et prénom de chaque bénéficiaire		Lien avec la personne adhérente	
		Conjoint Légal* Conjoint de fait Autre	
		%	
		Révocabilité du bénéficiaire	
		Révocable Irrévocable	
		Date de naissance (S'il s'agit d'un enfant mineur)	
		A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	

Si vous souhaitez désigner plus de trois (3) bénéficiaires, assurez-vous de les inscrire clairement dans les cases ci-dessus (vous pouvez inscrire plus d'un bénéficiaire par case). Dans le présent document, SSQ désigne SSQ, Société d'assurance-vie inc.

► Remplir uniquement les sections pertinentes (La section 1 est obligatoire)

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
	A   A   A   A   M   M   J   J	A   A   A   A   M   M   J   J	A   A   A   A   M   M   J   J	A   A   A   A   M   M   J   J
Absence du travail?				Catégorie d'employé(e)
Est-ce que la personne adhérente est présentement absente du travail?				Enseignant(e) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, raison _____				Infirmier(ière) <input type="checkbox"/>
Date du début de l'absence _____				Soutien <input type="checkbox"/>
La personne adhérente :				Professionnel(le) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> a maintenu sa participation à l'ensemble des régimes auxquels elle participe				Soutien (Ch. 10, éducation aux adultes) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> a maintenu sa participation au régime maladie de base et regroupements complémentaires auxquels elle participe				Autre <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> a maintenu uniquement sa participation au régime maladie de base				Statut d'engagement
				Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/>
				► _____ % du temps plein
Je certifie que les renseignements sont exacts et complets.		SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE (comme si 100 % du temps plein) _____ \$ / année		
Date _____		<b>Réservé secteur santé</b>		
N° tél. _____ Poste _____		Pendant la période de référence, cette personne adhérente a travaillé 25 % ou moins du temps complet et a décidé de :		
Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées) _____		<input type="checkbox"/> participer aux régimes d'assurance vie et d'assurance salaire de la convention collective.		
Signature du représentant de l'employeur _____		<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 _____				
→ 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 du présent formulaire.	
Date : _____	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						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.À.C.		CONJOINT		ENFANTS					
BASE																					
ADD.																					
Adhérent(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>										Codifié par _____											
Conjoint(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>										A   A   A   A   M   M   J   J											
												Code certificat									

## 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.

La participation au régime de base en assurance maladie est un prérequis pour participer à un ou plusieurs des régimes complémentaires facultatifs. Si vous êtes exempté de la participation à ce régime, vous ne pouvez participer à aucun régime complémentaire facultatif.

### **Note 2**

Vous avez le choix de **participer à un ou à plusieurs regroupements complémentaires**. Toutefois, lorsqu'un regroupement est sélectionné, la participation à ce dernier est **obligatoire pour une période minimale de 24 mois**. Chaque regroupement a sa propre période de participation minimale de 24 mois.

Vous pouvez **augmenter la couverture de votre régime d'assurance maladie en tout temps** et ce, sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité et sans événement de vie. L'augmentation de la couverture de votre régime d'assurance maladie entrera en vigueur le premier jour de la période de paie qui suit la réception de la demande par votre employeur.

Certains événements de vie permettent d'augmenter, de diminuer ou de mettre fin à une protection sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité si la demande de changement est reçue conformément aux dispositions prévues au contrat. Pour connaître les événements de vie admissible, veuillez vous référer à la brochure du régime d'assurance collective.

### **Note 3**

Vous pouvez choisir une protection (individuelle, monoparentale ou familiale) différente de celle choisie au régime d'assurance maladie.

La durée minimale de participation à l'assurance soins dentaires est de 48 mois.

### **Note 4**

Vous devez compléter le formulaire « Droit de renonciation ou droit d'exemption au régime d'assurance salaire de longue durée » (FV3783F) et répondre à l'un des critères qui y sont énumérés.

### **Note 5**

L'assurance vie de base de la personne adhérente prévoit une participation obligatoire à un montant minimal de protection de 10 000 \$ 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 base de la personne adhérente pour faire une demande de retrait de cette protection, selon les dispositions prévues au contrat.

La participation au montant de protection de 25 000 \$ en assurance vie de base de la personne adhérente et à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente est facultative.

Pour participer à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente, la participation au montant de 25 000 \$ en assurance vie de base de la personne adhérente est un prérequis.

Il est à noter que les montants de protection de 10 000 \$ et de 25 000 \$ en assurance vie de base de la personne adhérente ainsi que les deux premières unités de 25 000 \$ en assurance vie additionnelle 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.

Au-delà des deux premières unités de 25 000 \$ en assurance vie additionnelle 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.

Pour participer à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe, la participation au montant de 20 000 \$ pour la personne conjointe en assurance vie de base des personnes à charge (option 2) est un prérequis.

## AVIS DE CONSTITUTION DE DOSSIER ET D'UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

### **Avis de constitution de dossier**

SSQ Assurance accorde une grande importance à la protection des renseignements personnels qu'elle recueille dans le cadre de ses activités. C'est pourquoi, dans le but d'assurer le caractère confidentiel de ceux-ci, SSQ Assurance (SSQ, Société d'assurance-vie inc., SSQ, Société d'assurance inc., SSQ Distribution inc. et leurs filiales) constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements vous concernant. Tous les renseignements que nous recueillons à différents moments, que ce soit lors de la demande d'assurance, de renouvellement, de modification ou de réclamation, seront ajoutés à votre dossier.

Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés, les fournisseurs de services ou les mandataires de SSQ Assurance et toute autre personne que vous aurez autorisée y auront accès lorsque requis pour l'exercice de leurs fonctions ou l'exécution de leur mandat.

Votre dossier sera conservé aux bureaux de SSQ Assurance ou dans les locaux de tiers autorisés. Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en faisant parvenir une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse ci-après.

### **Responsable de la protection des renseignements personnels**

SSQ Assurance, 2525, boulevard Laurier, C.P. 10500, succ. Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

### **Collecte et utilisation de vos renseignements personnels**

SSQ Assurance recueille les renseignements nécessaires à la gestion et à l'administration de la relation d'affaires que nous avons avec vous ainsi que tout autre renseignement obtenu lors de vos interactions avec nous.

Les renseignements personnels que nous recueillons, conservons et utilisons nous permettent de vérifier votre identité, de valider votre admissibilité à nos produits et services, d'estimer les risques d'assurance, d'établir la prime, de traiter vos réclamations, d'administrer votre dossier et de satisfaire aux exigences légales. Ils peuvent aussi être utilisés à des fins statistiques pour nous permettre d'améliorer nos produits, services, campagnes ou promotions. Si vous nous avez donné votre numéro d'assurance sociale, il sera utilisé uniquement à des fins administratives et fiscales.

**Pour en connaître davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le [www.ssq.ca](http://www.ssq.ca).**