

1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE			
Nom		Prénom	
		N° d'assurance sociale	
2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX			
Adresse			
Adresse			Code postal
N° tél. au travail	N° tél. à la résidence	Date de naissance	Sexe
		A M J	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Communication Fr. <input type="checkbox"/> Ang. <input type="checkbox"/>			
DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE			
Nom		Prénom	
		Date de naissance	
		Sexe	
		A M J	
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
3 RÉGIMES		Adhésion	
* Vous devez choisir une des protections offertes pour le régime d'assurance maladie. (voir note 1 au verso) 1 RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE - OBLIGATOIRE (Vous devez choisir un seul de ces régimes) MALADIE 1 MALADIE 2 (Durée minimale de participation : 12 mois) MALADIE 3 (Durée minimale de participation : 24 mois)		* La portion de la section 5 relative à l'exemption doit être remplie par l'employeur. IND MONO FAM EXEMPTION <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> * <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> * <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *	
2 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 1 - FACULTATIF si retenu par le groupe (assurance soins dentaires) (voir note 2 au verso) (Durée minimale de participation : 48 mois)		IND MONO FAM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 2 - OBLIGATOIRE (assurance salaire de longue durée) (voir note 3 au verso)		IND MONO FAM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 3 - FACULTATIF A) ASSURANCE VIE DE L'EMPLOYÉ(E) Choix du montant de protection (voir note 4 au verso) (10 000 \$, 25 000 \$, 50 000 \$, 75 000 \$, 100 000 \$, 125 000 \$, 150 000 \$, 175 000 \$, 200 000 \$, 225 000 \$ ou 250 000 \$) B) ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE C) ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE (Le montant de protection choisi peut être de 1 à 10 tranches de 10 000 \$) (Disponible uniquement si vous participez à B) ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE)		AUGMENTER À: RÉDUIRE À: 4 A) \$ (Inscrire le montant total désiré) 4 A) \$ (Inscrire le montant total désiré) 4 A) \$ (Inscrire le montant total désiré) 4 B) tranches de 10 000 \$ (Indiquer le nombre total de tranches désiré) 4 B) tranches de 10 000 \$ (Indiquer le nombre total de tranches désiré) 4 B) tranches de 10 000 \$ (Indiquer le nombre total de tranches désiré)	
ÉVÉNEMENT justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement (Pour la cohabitation, indiquez la date de début) (Compléter la désignation de personne conjointe s'il y a lieu)			
1. COHABITATION <input type="checkbox"/> → 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 <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(s) du(des) bénéficiaire(s) :			
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		
		année mois jour		année mois jour		année mois jour		année mois jour		
Absence du travail?					Statut d'engagement			Catégorie d'employé(e)		
Est-ce que la personne adhérente est présentement absente du travail?					Temps plein <input type="checkbox"/>			Enseignant(e) <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, raison _____ Date du début de l'absence _____ La personne adhérente: <input type="checkbox"/> a maintenu sa participation <input type="checkbox"/> a suspendu sa participation (sauf le régime maladie 1) _____ % du temps plein					Temps partiel <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.					SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE (comme si 100% du temps plein) _____ \$ / année Réservé 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.					
_____ N° tél. () _____ Poste _____ _____ Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées) _____ Signature du représentant de l'employeur										
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.										
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, 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 _____					
7 SECTION SSQ										
N° groupe		N° certificat				En vigueur			Classe	
J						année mois jour				
		MAL. FRAIS DENT.		I.H. R.I.P.		VIE M.M.A.		VIE M.M.A.		
						P.A.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"/>					année mois jour					
					Code certificat					

Copie blanche pour SSQ — Copie jaune pour l'employeur — Copie rose pour la personne adhérente

CHOIX DE PROTECTION

Note 1

En vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, sous réserve du droit d'exemption, la participation au régime d'assurance maladie est obligatoire car la garantie de médicaments y est prévue. Voir 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 **dans les groupes qui ont opté pour la mise en vigueur du régime** en raison d'un taux d'adhésion de ses membres d'au moins 40 %. Ainsi, seules les personnes adhérentes qui choisissent d'y participer, détiennent une protection dans ce régime. La durée minimale de participation à ce régime est de 48 mois. Toutefois, si une personne adhérente veut terminer sa participation avant la fin de la période de 48 mois, elle doit fournir à SSQ la preuve qu'elle est couverte par un autre régime d'assurance collective comportant la garantie de 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

Les montants de 10 000 \$, 25 000 \$ et 50 000 \$ sont disponibles sans preuve d'assurabilité durant les 180 premiers jours suivant la date d'admissibilité. Par la suite, des preuves sont requises.

La participation à tous les autres montants de protection est toujours soumise à l'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ.

AVIS

Dossier et renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, SSQ 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.