

1 Renseignements généraux - Personne adhérente

Nom		Prénom		N° d'assurance sociale	
Adresse				N° tél. au travail	
				Code postal	
				N° tél. à la résidence	
État civil Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) ou lié(e) par union civile <input type="checkbox"/>			Travaillez-vous dans 2 établissements ou plus? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, noms des établissements		
Date de naissance		Sexe		Communication	
A M J		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fr. <input type="checkbox"/> Ang. <input type="checkbox"/>	
Événement justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement (Pour la cohabitation, indiquer la date de début)			Êtes-vous déjà assuré(e) par SSQ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		
1. COHABITATION * <input type="checkbox"/> → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant			3. ADOPTION * <input type="checkbox"/>		
2. MARIAGE OU UNION CIVILE * <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"/>		
			* Complétez la section 4 s'il y a lieu.		

2 Régimes

Régime	Adhésion	Changement
	IND MONO FAM EXEMPTION *	J'AJOUTE J'ENLÈVE
1 RÉGIME DE BASE – ASSURANCE MÉDICAMENTS (OBLIGATOIRE) (voir note 1 au verso)	<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 I (OBLIGATOIRE) (voir notes 1 et 2 au verso)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a) Assurance maladie complémentaire et assurance frais dentaires	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) Assurance salaire de longue durée (voir note 2 au verso)	OBLIGATOIRE	
c) Assurance vie de l'adhérent (1 fois le salaire)	OBLIGATOIRE	
3 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE II (FACULTATIF) (voir notes 2 et 3 au verso)		AUGMENTER À RÉDUIRE À
a) Assurance vie supplémentaire de l'adhérent (1 à 3 fois le salaire)	(Indiquez le nombre total de fois désiré) fois	(Indiquez le nombre total de fois désiré) fois
b) Assurance vie des personnes à charge	MONO <input type="checkbox"/> FAM <input type="checkbox"/>	MONO <input type="checkbox"/> FAM <input type="checkbox"/>
c) Assurance vie supplémentaire du conjoint (5 à 20 tranches de 5 000\$)	tranches de 5 000 \$ (Indiquez le nombre total de fois désiré)	tranches de 5 000 \$ (Indiquez le nombre total de fois désiré)

* La partie relative à l'exemption doit être remplie par l'employeur dans la section 5

3 Bénéficiaire

Je désigne comme bénéficiaire (au décès) :

Succession de la personne adhérente **ou** Conjoint(e) légal(e) Conjoint(e) légal(e) et fils-filles Conjoint(e) de fait Conjoint(e) de fait et fils-filles Fils-filles

3 Père-mère 4 Frère-soeur 5 Autre (nom et prénom)

Le bénéficiaire est Révocable Irrévocable

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.

4 Désignation de la personne conjointe

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ année _____ mois _____ jour _____ Sexe M F

Dans le présent document, SSQ désigne SSQ, Société d'assurance-vie inc.

5 Employeur

Nom de l'organisme				N° d'établissement		N° de groupe	
				P			
N° d'employé		Date d'embauche	Date d'admissibilité	Reçu de l'employé		STATUT D'ENGAGEMENT ET DÉLAI D'ADMISSIBILITÉ	
A M J		A M J	A M J	A M J		• personne salariée embauchée à temps complet ou à 70% ou plus du temps complet dans un poste (1 mois) <input type="checkbox"/> • personne salariée embauchée dans une catégorie d'emploi autre que la précédente (3 mois) sauf pour le régime de base (1 mois) <input type="checkbox"/>	
ABSENCE DU TRAVAIL? Est-ce que la personne adhérente est présentement absente du travail?				POURCENTAGE DE TEMPS TRAVAILLÉ			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, raison _____				Cette personne adhérente a travaillé 25% ou moins du temps complet au cours de la période de référence et a décidé de :			
Date du début de l'absence _____ A M J				<input type="checkbox"/> participer à l'assurance			
La personne adhérente:				<input type="checkbox"/> de cesser de participer à l'assurance			
<input type="checkbox"/> a maintenu sa participation <input type="checkbox"/> a suspendu sa participation (sauf le régime de base)				<input type="checkbox"/> ne pas participer à l'assurance } (Voir note 4 au verso)			
DIMINUTION DE PROTECTION				SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE (comme si 100% du temps plein) _____ \$ / année			
Date de prise d'effet de la diminution _____ A M J							
Je certifie que les renseignements sont exacts et complets.							
Date _____ A M J				Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées) _____			
N° tél. () _____ Poste _____				Signature du représentant de l'employeur _____			
Exemption				BASE COMPLÉMENTAIRE I (MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET FRAIS DENTAIRES)			
<input type="checkbox"/> Début d'exemption ► Date de début d'exemption _____ A M J				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> conservez la preuve de l'existence de l'assurance permettant l'exemption.			
<input type="checkbox"/> Fin d'exemption ► Date de la fin d'exemption _____ A M J				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fournir 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 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.

Date: _____ A M J Date: _____ A M J

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: _____ A M J Signature de la personne adhérente : _____

8 Section SSQ

N° groupe		N° certificat				En vigueur				Classe		Adhérent sélection	
P						A M 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.		
BASE						P.A.C.	CONJOINT	ENFANTS					
ADD.													
Adhérent fumeur oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Conjoint fumeur oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Codifié par _____		le _____ année _____ mois _____ jour _____		Code certificat _____					

Copie Blanche pour SSQ — Copie Jaune pour l'administrateur — Copie rose pour la personne adhérente

CHOIX DE PROTECTION

Note 1

Au moment de votre adhésion, vous devez choisir un statut de protection pour les régimes de base et complémentaire I (maladie complémentaire et frais dentaires) sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption. Toutefois, il est possible de choisir pour le régime complémentaire I un statut de protection différent de celui retenu pour le régime de base. Ce choix pour le régime complémentaire I s'applique à l'assurance maladie complémentaire et à l'assurance frais dentaires.

Les combinaisons possibles sont définies dans le tableau suivant :

Régimes	Scénarios			
	1	2	3	4
Base (assurance médicaments)	I	M	F	E
Complémentaire I – Assurance maladie complémentaire et assurance frais dentaires	I	I ou M	I, M ou F	I, M, F ou E

I = Statut de protection individuel
M = Statut de protection monoparental
F = Statut de protection familial
E = Exempté

Note 2

La participation au régime complémentaire I est facultative pour tout pharmacien admissible travaillant 25 % ou moins du temps complet. Toutefois, pour pouvoir participer aux régimes complémentaires I et II, il doit participer aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée (104 semaines) prévues aux ententes.

Droit de renonciation à la garantie d'assurance salaire de longue durée

Le pharmacien qui avait pris sa retraite et qui redevient admissible au présent régime en raison de son retour au travail peut renoncer de participer à la garantie d'assurance salaire de longue durée. Pour ce faire, le pharmacien doit joindre à sa demande d'adhésion une lettre confirmant son désir de renoncer à la garantie d'assurance salaire de longue durée. À défaut de communiquer sa décision par écrit à SSQ au moment de l'adhésion, la garantie d'assurance salaire de longue durée est automatiquement accordée au pharmacien et le prélèvement des primes est effectué de la manière habituelle.

Note 3

La participation au régime complémentaire II est facultative pour tout pharmacien admissible sous réserve de ce qui est prévu ci-après :

- pour pouvoir participer à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent, le pharmacien doit participer à l'assurance vie de l'adhérent du régime complémentaire I (des preuves d'assurabilité pourraient être exigées);
- pour pouvoir participer à l'assurance vie des personnes à charge, le pharmacien doit s'assurer selon un statut de protection monoparental ou familial aux régimes de base et complémentaire I ou s'être exempté;
- pour pouvoir participer à l'assurance vie additionnelle du conjoint, le pharmacien doit participer à l'assurance vie des personnes à charge (des preuves d'assurabilité seront exigées).

Cependant, le statut de protection pour les régimes complémentaires I et II doit être le même si le pharmacien participe à ces deux régimes.

Assurance vie - Ajout ou retrait

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'unités 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 du conjoint.

Note 4

En vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec* et sous réserve du droit d'exemption, la participation au régime de base est obligatoire car la garantie de médicaments est prévue à ce régime. Lorsque la personne adhérente indique qu'elle désire cesser de participer ou ne pas participer à l'assurance, elle doit participer au régime de base.

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.