

1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE						
1.1 Nom	1.2 Prénom	1.3 N° d'assurance sociale				
2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX						
2.1 Adresse			2.2 Code postal			
2.3 N° tél. au travail	2.4 N° tél. à la résidence	2.5 Date de naissance	2.6 Sexe	2.7 Communication		
<b>DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE</b>						
Nom		Prénom		Sexe		
		Date de naissance				
3 RÉGIMES		ADHÉSION		CHANGEMENT		
<b>3.1 RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (obligatoire)</b> Vous devez choisir un seul des régimes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>Maladie de base</li> <li>Maladie intermédiaire</li> <li>Maladie supérieur</li> </ul> (Voir notes 1, 2, 3 et 4 au verso)		Ind	Mono	Fam	Exemption *	
<b>3.2 RÉGIME DE SOINS DENTAIRES (facultatif)</b> (Voir notes 1, 2, 3 et 4 au verso)		Ind	Mono	Fam	Exemption *	Retrait
<b>3.3 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I (obligatoire)</b>		Obligatoire (voir note 5 au verso)		Obligatoire (voir note 5 au verso)		
a) Assurance vie de base de la personne adhérente (1 fois le salaire annuel brut)						
b) Assurance vie additionnelle de la personne adhérente (1, 2 ou 3 fois le salaire annuel brut) (Voir note 7 au verso)		____ fois (indiquez le nombre de fois le salaire annuel brut désiré)		AUGMENTER À ____ fois (indiquez le nombre de fois le salaire annuel brut désiré)      RÉDUIRE À ____ fois (indiquez le nombre de fois le salaire annuel brut désiré)		
c) Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge		Obligatoire (voir note 6 au verso)		Obligatoire (voir note 6 au verso)		
d) Assurance vie additionnelle de la personne conjointe (1 à 10 tranches de 10 000 \$) (Voir note 7 au verso)		____ tranche(s) de 10 000 \$ (indiquez le nombre de tranches désiré)		AUGMENTER À ____ tranche(s) de 10 000 \$ (indiquez le nombre de tranches désiré)      RÉDUIRE À ____ tranche(s) de 10 000 \$ (indiquez le nombre de tranches désiré)		
e) Assurance salaire de longue durée		Obligatoire		Obligatoire		
* La section 5.13 doit être remplie par l'employeur.						
ÉVÉNEMENT justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement (Pour les points 2 à 8) (Pour la cohabitation, indiquer la date de DÉBUT)						
1. COHABITATION <input type="checkbox"/> 2. MARIAGE OU UNION CIVILE <input type="checkbox"/> 6. SÉPARATION <input type="checkbox"/> (Vie maritale)      3. ADOPTION <input type="checkbox"/> 7. DIVORCE <input type="checkbox"/> 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? <input type="checkbox"/> 4. NAISSANCE <input type="checkbox"/> 8. CESSATION DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE <input type="checkbox"/> Si oui, date de naissance de l'enfant _____      5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT <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-Sœurs (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 <b>légal</b> 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					
						X					
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			
		A M J		A M J		A M J		• personne salariée dans un emploi permanent travaillant à 70% ou plus du temps plein (1 mois) 5.8.1 <input type="checkbox"/> • personne salariée engagée dans une catégorie autre que la précédente (3 mois) 5.8.2 <input type="checkbox"/> • pourcentage du temps travaillé 5.8.3 _____ %			
5.9 EST-CE QUE LA PERSONNE ADHÉRENTE EST PRÉSENTEMENT ABSENTE DU TRAVAIL?											
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, raison _____											
5.9.1 Date du début de l'absence _____											
La personne adhérente en congé sans rémunération de plus de 28 jours choisit de :											
5.9.2 <input type="checkbox"/> maintenir sa participation à l'ensemble des régimes auxquels elle participe											
5.9.3 <input type="checkbox"/> maintenir uniquement sa participation au régime maladie auquel elle participe											
5.9.4 <input type="checkbox"/> maintenir uniquement sa participation au régime maladie de base											
5.10 RÉVISION DU POURCENTAGE DU TEMPS TRAVAILLÉ											
Le pourcentage de temps travaillé de cette personne a diminué à 25% ou moins du temps complet au cours de la période de référence. Elle choisit de :											
5.10.1 <input type="checkbox"/> maintenir sa participation à l'ensemble des régimes auxquels elle participe (et doit participer aux garanties prévues à la convention collective)											
5.10.2 <input type="checkbox"/> maintenir uniquement sa participation au régime maladie auquel elle participe											
5.10.3 <input type="checkbox"/> participer uniquement au régime maladie de base											
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											
Régime d'assurance maladie      Régime de soins dentaires * (Voir note 3 au verso)											
5.13.1 <input type="checkbox"/> Début d'exemption _____ 5.13.2 <input type="checkbox"/> _____ 5.13.3 <input type="checkbox"/> _____											
5.13.4 <input type="checkbox"/> Fin d'exemption _____ 5.13.5 <input type="checkbox"/> _____ 5.13.6 <input type="checkbox"/> _____											
* joindre la preuve de l'existence d'une assurance collective permettant le début ou la fin de l'exemption.											
5.14 REMARQUES											
6 DÉCLARATION DE PERSONNE NON-FUMEUSE - pour l'assurance vie additionnelle											
«Le 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											
6.1 Date : _____											
6.2 Signature : _____											
Pour votre personne conjointe											
6.3 Date : _____											
6.4 Signature : _____											
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.											
7.1 Date : _____											
7.2 Signature de la personne adhérente : _____											
8 SECTION SSQ											
N° groupe		N° certificat				En vigueur		Classe		Adhérent sélection	
X						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.
							P.A.C.	CONJOINT	ENFANTS		
BASE											
ADD.											
Adhérent(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>											
Conjoint(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>											
Codifié par _____ le _____											
Code certificat _____											

## CHOIX DE PROTECTION

### Note 1

La nouvelle personne salariée admissible travaillant 25 % ou moins du temps complet doit choisir entre participer uniquement au Régime d'assurance maladie ou participer à l'ensemble des régimes à la condition de participer aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée prévues à la convention collective sous réserve de ce qui est prévu au droit d'exemption.

La personne retraitée qui est réembauchée n'est pas admissible au régime d'assurance collective de l'APTS.

### Note 2

Vous devez choisir un statut de protection (individuel, monoparental, familial ou exempté) pour le Régime d'assurance maladie et s'il y a lieu pour le Régime de soins dentaires.

Les statuts de protection **possibles** sont définis dans le tableau suivant :

Régime d'assurance maladie (obligatoire)	Régime de soins dentaires (facultatif)		
	Individuel	Monoparental	Familial
Individuel	Oui	Non	Non
Monoparental	Oui	Oui	Non
Familial	Oui	Oui	Oui
Exemption	Oui	Oui	Oui

### Note 3

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 médicaments est prévue à ce régime. Ainsi, vous pouvez refuser ou cesser de participer au Régime d'assurance maladie à la condition que vous démontriez à votre employeur que vous et vos personnes à charge, s'il y a lieu, êtes assurés en vertu d'un autre régime d'assurance collective comportant une garantie de médicaments.

Concernant le Régime de soins dentaires, la personne adhérente peut se prévaloir du droit d'exemption à la condition de joindre la preuve qu'elle est couverte par un régime d'assurance soins dentaires du secteur public à participation obligatoire et qu'il lui est impossible d'obtenir une exemption spécifique de participation au régime en question.

### Note 4

La durée minimale de participation aux régimes maladie intermédiaire, maladie supérieur et soins dentaires est de 48 mois et s'applique à compter de la date d'adhésion initiale au régime concerné.

Toutefois, pour le régime d'assurance maladie, la personne adhérente aura la possibilité au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année d'adhérer à un régime **plus généreux** sans avoir préalablement complété une période minimale de participation de 48 mois.

Concernant les règles applicables à la prise d'effet des régimes et aux modifications de statut de protection, nous vous référons à votre brochure explicative.

### Note 5

La personne adhérente peut renoncer à l'assurance vie de base de la personne adhérente si elle est déjà protégée par une police **individuelle** d'assurance vie d'un montant minimal de 25 000 \$. Pour ce faire, elle doit remplir le formulaire « Demande de renonciation au régime d'assurance vie de base de la personne adhérente » (FV4726F) disponible au Service des ressources humaines de son établissement et joindre la preuve de sa couverture. Une personne adhérente qui renonce à l'assurance vie de base ne peut pas participer à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente. La personne adhérente qui désire, par la suite, participer à l'assurance vie de base de la personne adhérente doit faire une demande écrite à SSQ et fournir les preuves d'assurabilité requises et acceptées par SSQ.

### Note 6

La participation à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge est obligatoire selon le même statut de protection que celui détenu au régime d'assurance maladie. Ainsi, si la personne adhérente a choisi un statut de protection exempté ou individuel en assurance maladie, elle ne peut pas participer à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge.

### Note 7

Des preuves d'assurabilité sont toujours requises.

La personne adhérente qui renonce à l'assurance vie de base de la personne adhérente ne peut pas participer à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente.

La personne adhérente peut en tout temps participer à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

Dans la colonne « Augmenter à » ou « Réduire à », le chiffre que vous inscrivez correspond à la protection que vous désirez et non au nombre d'unités que vous ajoutez ou retirez. À titre d'exemple, si vous possédez 3 fois votre salaire en assurance vie additionnelle de la personne adhérente et que vous indiquez « 2 » sur la ligne « Réduire à », nous retrancherons une unité de salaire de votre montant d'assurance vie additionnelle.

Si vous choisissez de participer à la vie additionnelle de la personne adhérente ou de la personne conjointe et que la personne à assurer est non-fumeuse, vous devez remplir la section **6-Déclaration de personne non-fumeuse**.

## AVIS

### Protection des renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, SSQ, Société d'assurance-vie inc. constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant votre demande d'assurance 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 ont accès à ce dossier.

Votre dossier est détenu dans les bureaux de l'entreprise. 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 :

Responsable de la protection des renseignements personnels  
SSQ, Société d'assurance-vie inc.  
2525 boul. Laurier,  
C.P. 10500, succursale Sainte-Foy  
Québec (Québec) G1V 4H6

SSQ, Société d'assurance-vie inc. s'est dotée d'une Politique sur la protection des renseignements personnels. Si vous désirez obtenir une copie du dépliant à cet effet, il vous suffit de communiquer par écrit avec le Responsable de la protection des renseignements personnels, aux coordonnées mentionnées ci-dessus.