

LA PERSONNE ADHÉRENTE DOIT REMPLIR LES SECTIONS 1-2-3-7 ET LES SECTIONS 4 ET 6 SI NÉCESSAIRE
L'EMPLOYEUR DOIT REMPLIR LA SECTION 5
LA SECTION 8 EST RÉSERVÉE À SSQ

C.P. 10500, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

1.1 Nom: 1.2 Prénom: 1.3 N° d'assurance sociale: 2.2 Code postal:

2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

2.1 Adresse: 2.3 N° tel. au travail: 2.4 N° tel. à la résidence: 2.5 Date de naissance: 2.6 Sexe: 2.7 Communication: 2.8 Langue: 2.9 Date de naissance: 2.10 Sexe:

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE

Nom: Prénom: Date de naissance: amies mois pour

3 RÉGIMES

3.1 RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (obligatoire)
Vous devez choisir un seul des régimes suivants:
• Maladie de base
• Maladie intermédiaire
• Maladie supérieure
(Voir notes 1, 2, 3 et 4 au verso)

3.2 RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES (facultatif)
(Voir notes 1, 2, 3 et 4 au verso)

3.3 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (obligatoire)

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)

c) Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge
(Voir notes 1, 2, 3 et 4 au verso)

d) Assurance vie additionnelle de la personne conjointe (1 à 10 tranches de 10 000 \$)
(Voir note 7 au verso)

e) Assurance salaire de longue durée
(Voir note 8 au verso)

CHANGEMENT

| Nom | ADHÉSION | | | CHANGEMENT | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ind | Mono | Couple | Ind | Mono | Couple |
| 3.1 Régime d'assurance maladie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 Régime d'assurance soins dentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 Régime complémentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4 BÉNÉFICIAIRE

Noms (du/des) bénéficiaire(s):
Je désigne comme bénéficiaire (au décès):
Conjoint(e) légal(e) (1) Conjoint(e) de fait (7) Filles-filles (2) Père-mère (3) Enfants-filles (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
Le somme assurée sera payable à la succession de la personne adhérente

5 EMPLOYEUR

5.1 NOM DE L'ORGANISME: 5.2 N° D'ÉTABLISSEMENT: 5.3 N° DE GROUPE: 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: 5.8.1 personnes salariées dans un emploi permanent travaillant à 70% ou plus du temps plein (1 mois): 5.8.2 autre que la précédente (3 mois): 5.8.3 personne salariée engagée dans une catégorie de pourcentage du temps travaillé: 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 maintenir sa participation à l'ensemble des régimes auxquels elle participe (et doit participer aux garanties prévues à la convention collective) 5.10.2 maintenir uniquement sa participation au régime maladie auquel elle participe 5.10.3 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.

N° tel. () Poste: Signature du représentant de l'employeur: Régime d'assurance maladie: Régime d'assurance soins dentaires: 5.13.1 Début d'exemption: 5.13.2 5.13.3 5.13.4 Fin d'exemption: 5.13.5 5.14 REMARQUES: Fournir la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.

6 DÉCLARATION DE PERSONNE NON-FUMEUSE - pour l'assurance vie additionnelle

Je soussigné(e) déclare être une personne non-fumeuse et n'avoir fumé aucun produit de tabac (cigarette, cigare ou pipe, ni aucune drogue au cours des douze (12) derniers mois. Il est entendu que SSQ peut demander 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.

Pour vous-même: 6.1 Date: A M J Pour votre personne conjointe: 6.3 Date: A M J 6.2 Signature: 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: A M J 7.2 Signature de la personne adhérente:

8 SECTION SSQ

| N° groupe | N° certificat | En vigueur | | | Classe | Adhèrent selection | | | | | |
|-----------|---------------|------------|--------|--------|--------|--------------------|---------|-----|--------|-------|-------|
| | | VIE | M.M.A. | VIE | | | M.M.A. | VIE | M.M.A. | RENTE | SURV. |
| MAL. | I.H. | R.I.P. | VIE | M.M.A. | P.A.C. | CONJOINT | ENFANTS | | | | |
| BASE | | | | | | | | | | | |
| ADD. | | | | | | | | | | | |

Adhèrent(e) fumeuse(s) Non Adhèrent(e) fumeuse(s) Non Codifié par: le Code certificat: FV798F (2017-12)

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

Remplir les sections pertinentes

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, couple, familial ou exempté) pour le Régime d'assurance maladie et s'il y a lieu pour le Régime d'assurance soins dentaires.

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

| Régime | Combinaisons | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Assurance maladie | I | M | M | C | C | F | F | F | F |
| Assurance soins dentaires | I | M | I | C | I | F | C | M | I |

La personne adhérente qui obtient une exemption de participation au régime d'assurance maladie peut s'assurer selon le statut de protection individuel, monoparental, couple ou familial pour le régime d'assurance soins dentaires.

Note 3

Début d'exemption

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 d'assurance médicaments.

Concernant le Régime d'assurance 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.

Fin d'exemption

La personne adhérente qui est exemptée de participer au Régime d'assurance maladie ou au Régime d'assurance soins dentaires peut y adhérer plus tard, à la condition de démontrer de manière jugée satisfaisante par SSO :

- qu'elle et ses personnes à charge, le cas échéant, étaient antérieurement assurées en vertu de l'assurance concernée ou de toute autre assurance collective similaire;
- qu'il est devenu impossible pour elle, et ses personnes à charge le cas échéant, de continuer à être assurées par le régime ayant permis l'exemption.

Note 4

La durée minimale de participation aux régimes maladie intermédiaire et maladie supérieur est de 24 mois et s'applique à compter de la date d'adhésion initiale au régime concerné.

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

AVIS

Protection des renseignements personnels

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

Toutefois, pour le régime d'assurance maladie, la personne adhérente aura la possibilité au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet de chaque année d'adhérer à un régime **plus généreux** sans avoir préalablement complété une période minimale de participation de 24 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 SSO et fournir les preuves d'assurabilité requises et acceptées par SSO.

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. Voici un résumé de la protection d'assurance vie qui est accordée selon le statut de protection détenu en assurance maladie :

| Statut de protection en assurance maladie | Assurance vie des personnes à charge accordée |
|---|--|
| Individuel | Aucune |
| Monoparental | Assurance vie des enfants à charge |
| Couple | Assurance vie de la personne conjointe |
| Familial | Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge |
| Exemption | Aucune |

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**.

Note 8

La personne adhérente doit remplir le formulaire « Droit de retrait à la garantie d'assurance salaire de longue durée » et répondre à certaines conditions.

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

SSO, Société d'assurance-vie inc.

C.P. 10500, succursale Sainte-Foy

2525 boul. Laurier,

Québec (Québec) G1V 4H6

SSO, 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.