

Guide d'aide à la complétion du formulaire d'assurances collectives –Catégorie 2 et 3

Veillez vous référer au document « En un coup d'œil » pour obtenir une description complète des options d'assurances qui s'offrent à vous. Ce dernier vous permettra d'évaluer quelles options vous conviennent le mieux, ainsi que la tarification applicable. Notez que les cases bleues **ne sont pas** à compléter. Il est possible de faire des modifications à votre plan d'assurance, référez-vous au guide pour en connaître les modalités.

SSQ Groupe financier 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
S'EMPLOIE SANS CARBONE — ÉCRIRE FERMEMENT S.V.P.
C.P. 10500, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

Nom Prénom N° d'assurance sociale

2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Adresse Code postal

N° tél. à la résidence N° tél. au travail Date de naissance Sexe M F Communication Fr. Ang.

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE

Nom Prénom Date de naissance Sexe

3 RÉGIMES

3.1 RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ (OBLIGATOIRE) Veuillez cocher une seule case selon le scénario de protection désiré. (Voir note 1 au verso)

Scénario de protection	Individuel			Monoparental						Familial					
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
Adhèrent	Santé I	Santé II	Santé III	Santé I	Santé II	Santé II	Santé III	Santé III	Santé III	Santé I	Santé II	Santé II	Santé III	Santé III	Santé III
Enfants à charge				Santé I	Santé I	Santé II	Santé I	Santé II	Santé III						
Conjoint et enfants à charge										Santé I	Santé I	Santé II	Santé I	Santé II	Santé III

Exemption ► La portion de la section 5.13 relative à l'exemption doit être remplie par l'employeur.

3.2 RÉGIME OPTIONNEL I D'ASSURANCE VIE (FACULTATIF) (Voir notes 2 et 3 au verso)

	ADHÉSION	CHANGEMENT	
3.2.1 DE BASE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (1 fois le salaire annuel)	<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique <input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection	AJOUT <input type="checkbox"/>	RETRAIT <input type="checkbox"/>
3.2.2 ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (le montant peut être 1, 2, 3, 4 ou 5 fois le salaire annuel)	_____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)	AUGMENTER À _____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)	REDUIRE À _____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)
3.2.3 DE LA PERSONNE CONJOINTE ET DES ENFANTS À CHARGE	<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique <input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection	AJOUT <input type="checkbox"/>	RETRAIT <input type="checkbox"/>
3.2.4 ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE (le montant peut être 1 à 10 tranches de 10 000 \$)	_____ tranche(s) de 10 000 \$ (Indiquez le nombre total de tranches désiré)	AUGMENTER À _____ tranche(s) de 10 000 \$ (Indiquez le nombre total de tranches désiré)	REDUIRE À _____ tranche(s) de 10 000 \$ (Indiquez le nombre total de tranches désiré)

3.3 RÉGIME OPTIONNEL II D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (selon le vote de l'unité d'accréditation) (Voir notes 2 et 3 au verso)

OBLIGATOIRE (OPTION II O OU II O+) (Voir note 4 au verso)
— OU —
FACULTATIF (OPTION II F)

3.4 Événement justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement (Pour les points 2 à 8)

(Pour la cohabitation, indiquez la date de début) _____ (Pour les points 2 à 8)

1. COHABITATION → 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 3. ADOPTION
4. NAISSANCE 5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

6. SÉPARATION 7. DIVORCE
8. PERTE DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE

4 BÉNÉFICIAIRE

Je désigne comme bénéficiaire (au décès) :

Conjoint(e) légal(e) (1) Conjoint(e) de fait (7) Fils-filles (2) Conjoint(e) légal(e) et fils - filles (6) Père-mère (3) Conjoint(e) de fait et fils - filles (8) Frères-Sœurs (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)

Nom(s) du(des) bénéficiaire(s) : _____

OU La somme assurée sera payable à la succession de l'adhérent

* 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.

Obligatoire, sauf si assuré ailleurs. Le cas échéant, vous devez nous fournir une preuve.

Cochez «Exemption» si vous êtes assurés ailleurs. Veuillez nous fournir une preuve.

Si vous ne voulez pas les options 3.2.1 et 3.2.3, veuillez cocher « je renonce à cette protection ».

Vous référer à la « Note 3.3. », ci-bas.

À compléter si vous avez choisi l'assurance vie, soit l'option 3.2.1.

Note 3.3 : Cette option est obligatoire pour les employés de la constituante du Sud (Bouclier, Centres Jeunes, Myriade et CSSS du Sud). Elle est donc automatiquement incluse dans vos assurances. Pour les employés du CSSS du Nord, cette option est facultative et si vous la désirez, cochez la case appropriée.

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

DEMANDE D'ADHÉSION
DEMANDE DE CHANGEMENT

5 EMPLOYEUR

5.1 Nom de l'organisme _____ 5.2 N° d'établissement _____ 5.3 N° de groupe
A ou T

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 DELAI D'ADMISSIBILITÉ
 • 5.8.1 personne salariée embauchée à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet dans un poste (1 mois)
 • 5.8.2 personne salariée embauchée dans une catégorie d'emploi autre que la précédente (3 mois) sauf pour le régime Santé 1 (1 mois)

5.9 ABSENCE DU TRAVAIL?

5.9.1 Est-ce que la personne adhérente est présentement absente du travail?
 5.9.2 Non 5.9.3 Oui Si oui, raison _____

5.9.4 Date du début de l'absence _____

La personne adhérente:
 5.9.5 a maintenu sa participation 5.9.6 a suspendu sa participation (sauf le régime d'assurance Santé 1)

5.10 POURCENTAGE DE TEMPS TRAVAILLE
 Cette personne adhérente a travaillé 25 % ou moins du temps complet au cours de la période de référence et a décidé de :
 5.10.1 participer ou maintenir sa participation à l'assurance. (Voir note 5 au verso)
 5.10.2 cesser de participer à l'assurance. (Voir note 6 au verso)
 5.10.3 ne pas participer à l'assurance.

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° tél. _____ Poste _____
 Signature du représentant de l'employeur _____

5.13 EXEMPTION
 5.13.1 Début d'exemption ► 5.13.2 Date de début d'exemption _____ ► conservez la preuve de l'existence de l'assurance permettant l'exemption.
 5.13.3 Fin d'exemption ► 5.13.4 Date de la fin d'exemption _____ ► conservez la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.

5.14 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.»

Pour vous-même _____ Pour votre personne conjointe _____

6.1 Date : _____ 6.3 Date : _____
 6.2 Signature de la personne adhérente : _____ 6.4 Signature de la personne conjointe : _____

7 AUTORISATIONS ET 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	
	MAL.	FRAIS DENT.	I.H.	R.I.P.	VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	RENDES SURV.	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
BASE							P.A.C.	CONJOINT	ENFANTS							
ADD.																

Adhérent(e) fumeur(se) Oui Non
 Conjoint(e) fumeur(se) Oui Non Codifié par _____

À compléter si vous souscrivez à une assurance vie additionnelle (Section 3.2.2)

Ne pas oublier de signer et d'inscrire la date