

## Guide d'aide à la complétion du formulaire d'assurances collectives – Catégorie 4

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. Il est possible de faire des modifications à votre plan d'assurance, référez-vous au guide pour en connaître les modalités. **Notez que les cases bleues ne sont pas à compléter.**

**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

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 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								
DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE												
Nom		Prénom		Date de naissance								
				Sexe								
3 RÉGIMES		ADHÉSION			CHANGEMENT							
3.1 RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (obligatoire)		Ind	Mono	Couple	Fam	Exemption *	Ind	Mono	Couple	Fam	Exemption *	
Vous devez choisir un seul des régimes suivants :												
• Maladie de base		<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"/>	
• Maladie intermédiaire		<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"/>	
• Maladie supérieur		<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"/>	
(Voir notes 1, 2, 3 et 4 au verso)												
3.2 RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES (facultatif)		Ind	Mono	Couple	Fam	Exemption *	Ind	Mono	Couple	Fam	Exemption *	Retrait
(Voir notes 1, 2, 3 et 4 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I (obligatoire)		Obligatoire (voir note 5 au verso)					Renonciation (voir note 5 au verso)					
a) Assurance vie de base de la personne adhérente (1 fois le salaire annuel brut)		_____ fois (indiquez le nombre de fois le salaire annuel brut désiré)					AUGMENTER À		RÉDUIRE À			
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)					_____ fois (indiquez le nombre de fois le salaire annuel brut désiré)		_____ 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		RÉDUIRE À			
e) Assurance salaire de longue durée		Obligatoire					_____ tranche(s) de 10 000 \$ (indiquez le nombre de tranches désiré)		_____ tranche(s) de 10 000 \$ (indiquez le nombre de tranches désiré)			
		Obligatoire					_____ tranche(s) de 10 000 \$ (indiquez le nombre de tranches désiré)		_____ tranche(s) de 10 000 \$ (indiquez le nombre de tranches désiré)			
		Obligatoire					Retrait (voir note 8 au verso)					
* 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 (Vie maritale) <input type="checkbox"/>												
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"/>												
1.3 Un enfant est-il issu de l'union? <input type="checkbox"/>												
Si oui, date de naissance de l'enfant: _____												
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.												

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

Faites votre choix ou cochez «Exemption» si vous êtes assuré ailleurs. Veuillez nous fournir une preuve.

Facultatif. Si vous le sélectionnez, l'adhésion est de 4 ans.

Section 3.3 :

- a) obligatoire, sauf avec une preuve d'assurance vie individuelle d'au moins 25000\$
- b) et d) facultatifs
- c) obligatoire avec le plan couple, monoparental et familial
- e) obligatoire



### 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	
				• 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?				5.10 RÉVISION DU POURCENTAGE DU TEMPS TRAVAILLÉ	
<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				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	
5.12 JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS SONT EXACTS ET COMPLETS.				5.11 SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE	
_____ N° tél. ( ) _____ Poste _____ _____ Signature du représentant de l'employeur				(comme si 100% du temps plein) \$ / année	
5.13 EXEMPTION (Voir note 2 au verso)				Régime d'assurance maladie Régime d'assurance soins dentaires	
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"/> Fournir la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.
5.14 REMARQUES					

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

### 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 reticence 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 : \_\_\_\_\_

Ne pas oublier de signer et d'inscrire la date

### 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 X	N° certificat						En vigueur	Classe			Adhérent sélection	
	MAL.	FRAIS DENT.	L.H.	R.I.P.	VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	RENTES SURV.	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
							P.A.C.	CONJOINT	ENFANTS			
BASE												
ADD.												
Adhérent(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>											Code certificat	
Conjoint(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>											Codifié par _____ le _____	