

ASSURANCES GROUPE SYNDICAUX 1, 2 ET 3



PRÉSENTATION DU FORMULAIRE



Votre assurance SSQ regroupe :

- **Trois niveaux de protection**
 - Santé 1
 - Santé 2
 - Santé 3
- **Trois statuts de protection**
 - Individuel
 - Monoparental
 - Familial

En tant que personne adhérente, vous devez choisir :

- **Un niveau de protection (santé 1, santé 2 ou santé 3)**
- **Un statut de protection (individuel, monoparental ou familial)**

** Si vous êtes **déjà assuré** avec vos parents ou votre conjoint, vous devez cocher **Exemption** et nous fournir **une preuve**.

PRÉSENTATION DU FORMULAIRE



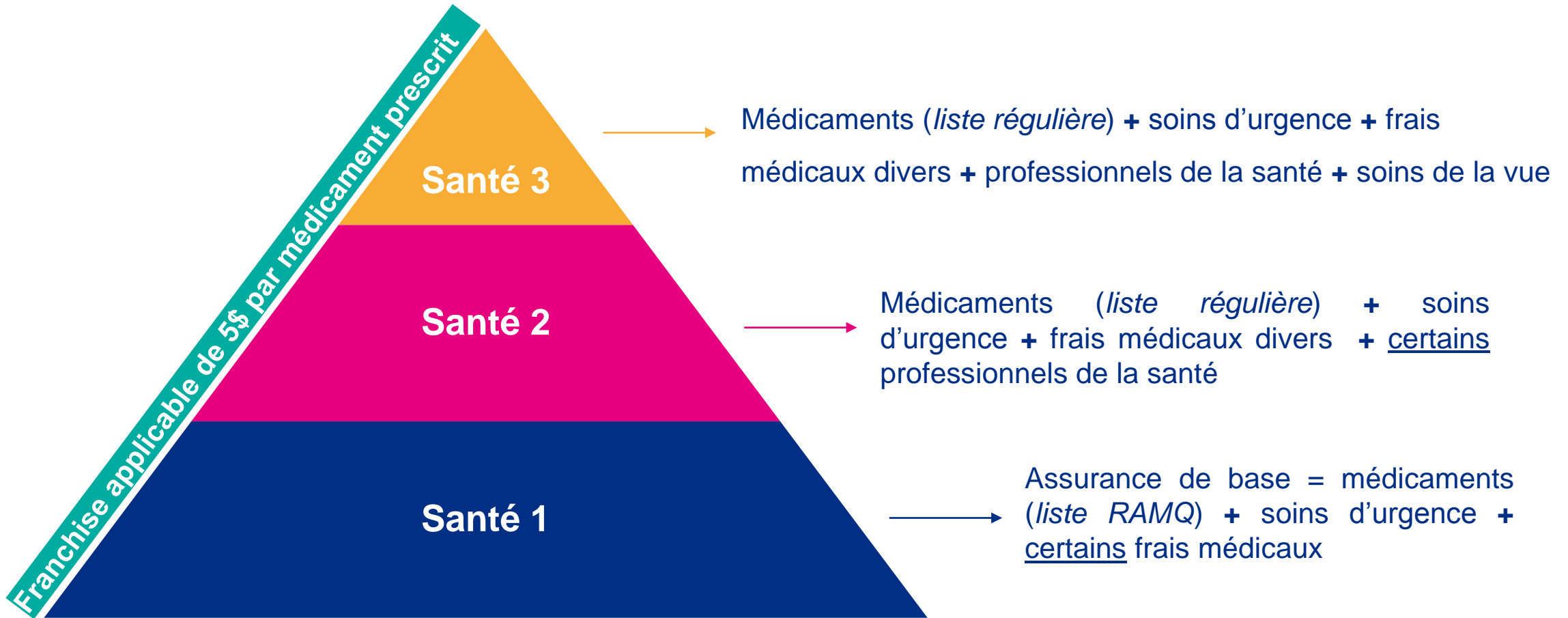
Si nous ne recevons pas le formulaire complété et signé, vous aurez l'assurance de base individuelle (santé I) tel qu'exigé par la loi.

Conseil

En cas de doute, nous vous proposons de commencer par la protection de base (santé I) et d'augmenter quand vous aurez fait votre choix.

Vous pouvez augmenter en tout temps vos protections d'assurance, mais pour les **diminuer**, vous devez **attendre 36 mois**.

LES NIVEAUX DE PROTECTION



ADHÉSION AUX ASSURANCES



ASSURANCE MÉDICAMENTS

Elle entrera en vigueur **1 mois** suivant votre date d'embauche, et ce, **pour tous les employés.**

LES OPTIONS FACULTATIVES

(Santé 2, Santé 3 et/ou l'assurance de soins dentaires, assurance vie)

- Pour les employés à temps complet ou travaillant 7 jours et plus par période de paie : Elles entreront en vigueur **1 mois** suivant l'embauche.
- Pour les employés travaillant 6 jours ou moins par période de paie : Elles entreront en vigueur **3 mois** suivant l'embauche

INSTRUCTIONS POUR COMPLÉTER VOTRE FORMULAIRE D'ASSURANCE



FORMULAIRE À COMPLÉTER



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 Communication Fr. Ang. Sexe M F

N° tél. à la résidence N° tél. au travail Courriel Date de naissance

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE

Nom Prénom Date de naissance Sexe

3 GARANTIES

	ADHÉSION				CHANGEMENT			
	Individuel	Monoparental	Familial	Exemption*	Individuel	Monoparental	Familial	Exemption*
3.1 ASSURANCE SANTÉ (OBLIGATOIRE) Veuillez cocher une seule case selon la protection désirée. (Voir note 1 au verso)								
Santé 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* La section 5.13 relative à l'exemption doit être remplie par l'employeur

3.2 SOINS DENTAIRES (FACULTATIF) (Voir note 2 au verso)

	Individuel	Monoparental	Familial	Individuel	Monoparental	Familial	Termination
<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3 ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (OBLIGATOIRE)

Je désire participer à cette garantie (voir note 3 au verso) Je renonce à cette protection (voir note 4 au verso)

3.4 ASSURANCE VIE (FACULTATIF) (Voir notes 5 et 6 au verso)

	Adhésion automatique	Ajouter	Terminer
3.4.1 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	<input type="checkbox"/> Ajouter	<input type="checkbox"/> Terminer
3.4.2 Additionnelle de la personne adhérente (1 à 5 fois le salaire annuel)	<input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection	Augmenter à _____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)	Réduire à _____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)
3.4.3 De la personne conjointe et des enfants à charge	<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique <input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection	<input type="checkbox"/> Ajouter	<input type="checkbox"/> Terminer
3.4.4 Additionnelle de la personne conjointe (1 à 10 unités de 10 000 \$)	<input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection	Augmenter à _____ unités (Indiquez le nombre total d'unités désiré)	Réduire à _____ unités (Indiquez le nombre total d'unités désiré)

3.5 ÉVÉNEMENT justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement (Pour la cohabitation, indiquez la date de début) [A J A J A J A M M J J J] (Pour les points 2 à 9)

1. Cohabitation (Vie maritale) <input type="checkbox"/>	2. Mariage ou union civile <input type="checkbox"/>	6. Séparation <input type="checkbox"/>
→ 11 Un enfant est-il issu de l'union? <input type="checkbox"/>	3. Adoption <input type="checkbox"/>	7. Divorce <input type="checkbox"/>
→ Si oui, date de naissance de l'enfant [A J A J A J A M M J J J]	4. Naissance <input type="checkbox"/>	8. Perte de l'assurance de la personne conjointe <input type="checkbox"/>
→ 12 Date de début de cohabitation [A J A J A J A M M J J J]	5. Prise en charge de l'enfant <input type="checkbox"/>	9. Fin d'admissibilité ou décès d'une personne à charge <input type="checkbox"/>

4 BÉNÉFICIAIRE

Je désigne comme bénéficiaire (au décès) :

Conjoint(e) légale(s) (1) Conjoint(e) de fait (7) Filles-filles (2) Conjoint(e) légale(s) et fils-filles (6) Père-mère (3) Conjoint(e) de fait et fils-filles (8) Frères-sœurs (4)

Le bénéficiaire est révoquant* (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 légale est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révoquant.

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



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 ou T

5.4 (N° d'emploi) 5.5 Date d'emploi 5.6 Date d'admissibilité 5.7 Reçu de l'employeur

5.8 STATUT D'ENGAGEMENT ET DÉLAI 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 (2 mois) sauf pour l'option 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 [A J A J A J A M M J J J]

La personne adhérente:
 5.9.5 à maintenir sa participation 5.9.6 à suspendu sa participation (sauf l'option 1 en assurance santé)

5.10 POURCENTAGE DE TEMPS TRAVAILÉ
Cette personne adhérente a travaillé 25 % ou moins du temps complet au cours de la période de référence et a déclaré de :
5.10.1 participer ou maintenir sa participation à l'assurance. (Voir note 7 au verso)
5.10.2 cesser de participer à l'assurance. (Voir note 7 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.
[A J A J A J A M M J J J] Nom du représentant de l'employeur (lettres majuscules)
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 [A J A J A J A M M J J J] ► 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 [A J A J A J A M M J J J] ► 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 : [A J A J A J A M M J J J] Pour votre personne conjointe : [A J A J A J A M M J J J]

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

7 AUTORISATIONS ET SIGNATURE

J'autorise mon employeur à déclarer de mon salaire les primes requises en vertu des protections que j'ai choisies. 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.	VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	Non	Oui
BASE								
ADD.								

Adhérent(e) fumeur(se) Oui Non
Conjoint(e) fumeur(se) Oui Non Codifié par [A J A J A J A M M J J J] Code certificat _____

Copie blanche pour SSQ — Copie jaune pour l'employeur — Copie rose pour la personne adhérente FV879F (2021-02)

COMPLÉTER LE FORMULAIRE

ÉTAPES 1 ET 2

Étape 1 – IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (VOUS)

Inscrivez votre nom et prénom.

Votre numéro d'assurance sociale est facultatif.

1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE		
Nom	Prénom	N° d'assurance sociale

Étape 2 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Il n'est pas nécessaire d'inscrire la personne conjointe. Elle sera ajoutée lors des premiers achats à la pharmacie si vous choisissez une assurance familiale.

2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX				
Adresse	Code postal	Communication Fr. <input type="radio"/> Ang. <input type="radio"/>	Sexe M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	
N° tél. à la résidence	N° tél. au travail	Courriel	Date de naissance A A A A M M J J	
DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE				
Nom	Prénom	Date de naissance A A A A M M J J	Sexe <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

COMPLÉTER LE FORMULAIRE

ÉTAPE 3

Étape 3 – LES PROTECTIONS

À partir de votre choix de **statut** (individuel, monoparental, familial) et de **niveau de protection** (Santé 1, Santé 2, Santé 3), vous devez cocher **LA** case qui correspond à la protection désirée.

3 GARANTIES								
	ADHÉSION				CHANGEMENT			
3.1 ASSURANCE SANTÉ (OBLIGATOIRE) Veuillez cocher une seule case selon la protection désirée. (Voir note 1 au verso)								
	Individuel	Monoparental	Familial	Exemption*	Individuel	Monoparental	Familial	Exemption*
Santé 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* La section 5.13 relative à l'exemption doit être remplie par l'employeur.

Si vous détenez une assurance et souhaitez vous exempter, cocher **Exemption** et nous fournir une preuve.

TABLEAU DES PRIMES

Le tableau des primes permet de visualiser la contribution, pour une période de 14 jours, selon la protection choisie. (Extrait du feuillet SSQ)

Tableau des primes applicables pour la période du 1 ^{er} juillet 2021 au 31 mars 2022 (par période de 14 jours) ⁽¹⁾									
Statuts et niveaux de protection	INDIVIDUEL			MONOPARENTAL			FAMILIAL		
	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Santé 1	Santé 2	Santé 3
Prime	44,17 \$	58,15 \$	67,12 \$	53,02 \$	72,15 \$	83,26 \$	97,22 \$	129,62 \$	148,99 \$

⁽¹⁾ Soustraire la part de l'employeur.

ASSURANCE DENTAIRE – OPTION FACULTATIVE

L'assurance dentaire est une **option facultative**. Elle est sélectionnée par défaut sur le formulaire.

3.2 SOINS DENTAIRES (FACULTATIF) (Voir note 2 au verso)							
	Individuel	Monoparental	Familial	Individuel	Monoparental	Familial	Terminalson
<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

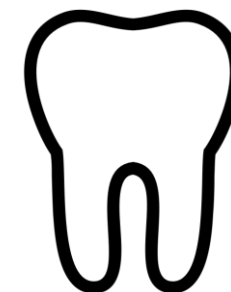
Vous souhaitez adhérer à l'assurance dentaire?

Choisissez un statut (individuel, monoparental ou familial) qui peut être différent de vos autres protections, puis cochez la case selon votre choix.

Vous ne souhaitez pas adhérer à l'assurance dentaire?

Vous devez cocher la case ***Je renonce à cette protection***.

À noter : Vous garderez cette option durant un minimum de 36 mois.

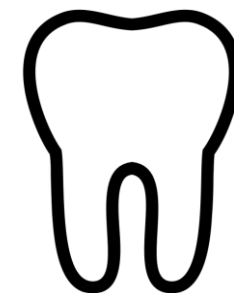


ASSURANCE DENTAIRE – OPTION FACULTATIVE

Vous pouvez prendre une assurance dentaire « individuelle » tout en ayant un régime de protection familial. Si besoin, vous pouvez faire une demande pour l'augmenter à « familial ».

Tableau des primes applicables pour la période du 1^{er} juillet 2021 au 31 mars 2022
(par période de 14 jours)

Statuts de protection	INDIVIDUEL	MONOPARENTAL	FAMILIAL
Prime	16,07 \$	26,45 \$	40,00 \$



ASSURANCE VIE – OPTION FACULTATIVE

L'assurance vie est une **option facultative** et elle est sélectionnée par défaut sur le formulaire.

3.4 ASSURANCE VIE (FACULTATIF) (Voir notes 5 et 6 au verso)			
3.4.1 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	Ajouter <input type="checkbox"/>	Terminer <input type="checkbox"/>
3.4.2 Additionnelle de la personne adhérente (1 à 5 fois le salaire annuel)	<input type="checkbox"/> fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)	Augmenter à <input type="checkbox"/> fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)	Réduire à <input type="checkbox"/> fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)
3.4.3 De la personne conjointe et des enfants à charge	<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique <input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection	Ajouter <input type="checkbox"/>	Terminer <input type="checkbox"/>
3.4.4 Additionnelle de la personne conjointe (1 à 10 unités de 10 000 \$)	<input type="checkbox"/> unités (Indiquez le nombre total d'unités désiré)	Augmenter à <input type="checkbox"/> unités (Indiquez le nombre total d'unités désiré)	Réduire à <input type="checkbox"/> unités (Indiquez le nombre total d'unités désiré)

Vous souhaitez y adhérer, l'option assurance vie de base est déjà cochée. Elle correspond à « 1 fois le salaire annuel ». Le prix de cette assurance est un pourcentage de votre salaire qui équivaut à environ 5 à 10 \$ par paie.

Vous pouvez prendre l'assurance vie additionnelle jusqu'à 5 fois votre salaire annuel. Évidemment, le prix sera plus élevé.

Vous ne souhaitez pas avoir d'assurance vie, vous devez cocher ***Je renonce à cette protection.***

ASSURANCE VIE – OPTION FACULTATIVE

Vous devrez compléter l'étape 6
« Déclaration de personne non fumeuse ».

Il est important de savoir
que l'assurance vie prend fin
lorsque vous n'êtes plus employé.

ASSURANCE VIE (participation facultative)

Assurance vie de base de la personne adhérente ⁽¹⁾	1 fois le salaire annuel assurable	Prime applicable pour la période du 1 ^{er} juillet 2021 au 31 mars 2022 (par période de 14 jours): 0,300 % du salaire assurable
DMA ⁽¹⁾ (Décès ou mutilation accidentels)	Décès accidentel = 1 fois le salaire annuel assurable Mutilation accidentelle = de 10 % à 100 % du salaire annuel assurable, selon la perte subie	
Assurance vie additionnelle de la personne adhérente	1 à 5 fois le salaire annuel assurable	Voir tableau ci-dessous
Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge ⁽¹⁾	5 000 \$ / décès; si la personne adhérente fait la démonstration qu'elle n'a pas de conjoint au moment du décès : 10 000 \$ / enfant décédé	Prime applicable pour la période du 1 ^{er} juillet 2021 au 31 mars 2022 (par période de 14 jours): 0,55 \$
Assurance vie additionnelle de la personne conjointe	10 000 \$ à 100 000 \$ par tranche de 10 000 \$	Voir tableau ci-dessous

COMPLÉTER LE FORMULAIRE

ÉTAPE 4

Étape 4 – Bénéficiaires

À compléter seulement si vous avez choisi l'option **assurance vie**

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-Soeurs (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.

Vous devez indiquer un bénéficiaire, votre lien de parenté ainsi que le nom du ou des bénéficiaires dans l'encadré.

Si vous n'indiquez aucun bénéficiaire, mais que vous prenez l'assurance vie, la somme assurée sera payable à votre succession.

Conseil : Cochez **bénéficiaire révocable**. Si vous devez changer vos bénéficiaires plus tard, ce sera beaucoup plus facile.

COMPLÉTER LE FORMULAIRE

ÉTAPE 6

Étape 6 – Déclaration de personne non-fumeuse

À compléter seulement si vous avez choisi l'option **Protection vie supplémentaire**.

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

6.1 Date :

6.2 Signature de la personne adhérente : _____

Pour votre personne conjointe

6.3 Date :

6.4 Signature de la personne conjointe : _____

AUTORISATIONS ET SIGNATURE

ÉTAPE 7

Étape 7 – Autorisations et signature

Il est important que vous **datiez et signiez** votre formulaire.

7 AUTORISATIONS ET SIGNATURE

J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les primes requises en vertu des protections que j'ai choisies. 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 _____

**Si nous ne recevons pas le formulaire dans les délais,
vous aurez l'assurance de base individuelle (Santé 1) tel qu'exigé par la loi.**



Des questions? Contactez le Service aux employés.

Par téléphone

514 345-4931, poste 5809

Par courriel

service.employes.hsj@ssss.gouv.qc.ca