

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

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 Sexe M F Communication Fr. Ang.

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 Sexe M F

3 RÉGIMES

3.1 PRO SANTÉ (OBLIGATOIRE) Vous devez choisir un seul des régimes suivants. (Voir notes 1 et 2 au verso) :	ADHÉSION					CHANGEMENT				
	Ind	Mono	Couple	Fam	Exemption*	Ind	Mono	Couple	Fam	Exemption*
• Pro-santé de base	<input type="checkbox"/>									
• Pro-santé global	<input type="checkbox"/>									
• Pro-santé global +	<input type="checkbox"/>									

RÉGIMES

	ADHÉSION	CHANGEMENT
3.2 PROTECTION SALARIALE DE LONGUE DURÉE (Voir notes 2 et 3 au verso)	<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion obligatoire	<input type="checkbox"/> Renonciation (Voir note 3 au verso)

RÉGIMES	ADHÉSION	CHANGEMENT	
		AJOUT	RETRAIT
3.3 PROTECTION VIE (FACULTATIVE) (Voir notes 2 et 4 au verso)			
3.3.1 PROTECTION VIE 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"/>	<input type="checkbox"/>
3.3.2 PROTECTION VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (1 à 5 fois le salaire annuel)	_____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)	AUGMENTER À _____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)	RÉDUIRE À _____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)
3.3.3 PROTECTION VIE 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"/>	<input type="checkbox"/>
3.3.4 PROTECTION VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE (1 à 10 unités de 10 000 \$)	_____ unité(s) de 10 000 \$ (Indiquez le nombre total d'unités désiré)	AUGMENTER À _____ unité(s) de 10 000 \$ (Indiquez le nombre total d'unités désiré)	RÉDUIRE À _____ unité(s) de 10 000 \$ (Indiquez le nombre total d'unités désiré)

3.4 Événement justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

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

1. COHABITATION → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 2. MARIAGE OU UNION CIVILE 6. SÉPARATION
(Vie maritale) → 1.2 Date de début de cohabitation

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 3. ADOPTION 7. DIVORCE
4. NAISSANCE 8. PERTE DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE
5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

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.

5 EMPLOYEUR

5.1 Nom de l'organisme _____ 5.2 N° d'établissement _____ 5.3 N° de groupe **FA**

5.4 (N° d'employé) _____ 5.5 Date d'emploi

A	M	J
---	---	---

 5.6 Date d'admissibilité

A	M	J
---	---	---

 5.7 Reçu de l'employé

A	M	J
---	---	---

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 (3 mois) sauf pour le régime Pro-santé de base (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	M	J
---	---	---

La personne adhérente: 5.9.5 a maintenu sa participation 5.9.6 a suspendu sa participation (sauf le régime Pro-santé de base)

5.10 POURCENTAGE DE TEMPS TRAVAILLÉ
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.

A	M	J
---	---	---

Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées)

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	M	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	M	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 6.1 Date :

A	M	J
---	---	---

6.2 Signature de la personne adhérente : _____

Pour votre personne conjointe 6.3 Date :

A	M	J
---	---	---

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 :

A	M	J
---	---	---

 7.2 Signature de la personne adhérente _____

8 SECTION SSQ

N° groupe FA	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.	RENTE	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

A	M	J
---	---	---

 Code certificat _____

CHOIX DE PROTECTION ET STATUT D'ENGAGEMENT

Note 1

Pro-santé

La personne adhérente qui choisit de participer au Pro-santé global ou Pro-santé global + doit maintenir cette participation pendant au moins 36 mois avant de pouvoir modifier son choix à la baisse.

Vous pouvez changer votre niveau de protection dans les 30 jours suivants l'un des événements prévus à la section 3.4 du présent formulaire, sans égard à la durée de votre participation. En l'absence d'événement, vous et vos personnes à charge devez conserver le même niveau de protection pendant au moins 36 mois avant de pouvoir le diminuer.

Si vous faites votre demande dans les 30 jours suivant la date de l'événement, le changement entre en vigueur à la date de l'événement. Vous pouvez profiter de cette situation pour modifier votre statut de protection, votre niveau de protection à la hausse ou à la baisse.

Si vous faites votre demande plus de 30 jours après la date de l'événement, ou en l'absence d'événement, le changement à la hausse entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date où votre employeur reçoit la demande. Toutefois, pour une modification à la baisse, vous et vos personnes à charge devez conserver le même niveau de protection pendant au moins 36 mois avant de pouvoir le diminuer.

Pour plus de détails, consultez la section « Entrée en vigueur de l'assurance » de votre brochure.

Note 2

Vous devez participer aux régimes d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée (104 semaines) prévus à la convention collective pour avoir accès au régime Pro-santé global ou Pro-santé global +, au régime Protection salariale de longue durée et au régime Protection vie.

Note 3

Protection salariale de longue durée

Vous pouvez renoncer à la Protection salariale de longue durée à participation obligatoire si vous répondez à l'une ou l'autre des conditions prévues pour ce régime. À cet effet, vous devez compléter le formulaire **Droit de renonciation à la garantie obligatoire de protection salariale de longue durée** disponible auprès de votre employeur et consultez la section « Participation à l'assurance » de votre brochure pour plus de détails.

CHOIX DE PROTECTION ET STATUT D'ENGAGEMENT

Note 4

Protection vie de base de la personne adhérente, de la personne conjointe et des enfants à charge

L'adhésion à la Protection vie de base de la personne adhérente et à la Protection vie de la personne conjointe et des enfants à charge est automatique. Toutefois, vous avez le droit d'y renoncer à la date d'admissibilité à l'assurance. En cas de renonciation, l'adhésion à ces garanties devient facultative et des preuves d'assurabilité seront exigées si vous présentez une demande d'adhésion plus de 30 jours après la date à laquelle vous êtes devenu(e) admissible.

Protection vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe

Dans la colonne « AJOUT » ou « RETRAIT », le chiffre que vous inscrivez correspond à la protection que vous désirez et non pas au nombre d'unités que vous ajoutez ou enlevez. À titre d'exemple, si vous possédez une protection représentant 3 fois votre salaire en protection vie additionnelle et que vous indiquez « 2 » dans la case « RÉDUIRE À » de la colonne « RETRAIT », nous retrancherons 1 unité de salaire de votre montant protection vie additionnelle. Cette procédure est la même pour le montant protection vie additionnelle de la personne conjointe. Des preuves d'assurabilité sont toujours requises lors d'une demande de protection vie additionnelle.

Note 5

Pour connaître les dispositions particulières qui s'appliquent à la personne adhérente travaillant 25 % ou moins du temps complet, consultez l'annexe spécifique à cet effet de votre brochure.

Note 6

En vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, la participation minimale au régime Pro-santé de base est obligatoire (sous réserve du droit d'exemption) puisque ce régime prévoit le remboursement de médicaments. Consultez la section « Participation à l'assurance » de votre brochure pour en savoir davantage sur le droit d'exemption.

AVIS DE CONSTITUTION DE DOSSIER ET D'UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Avis de constitution de dossier

SSQ Assurance accorde une grande importance à la protection des renseignements personnels qu'elle recueille dans le cadre de ses activités. C'est pourquoi, dans le but d'assurer le caractère confidentiel de ceux-ci, SSQ Assurance (SSQ, Société d'assurance-vie inc., SSQ, Société d'assurance inc., SSQ Distribution inc. et leurs filiales) constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements vous concernant. Tous les renseignements que nous recueillons à différents moments, que ce soit lors de la demande d'assurance, de renouvellement, de modification ou de réclamation, seront ajoutés à votre dossier. Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés, les fournisseurs de services ou les mandataires de SSQ Assurance et toute autre personne que vous aurez autorisée y auront accès lorsque requis pour l'exercice de leurs fonctions ou l'exécution de leur mandat.

Votre dossier sera conservé aux bureaux de SSQ Assurance ou dans les locaux de tiers autorisés. Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en faisant parvenir une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse ci-dessous.

Collecte et utilisation de vos renseignements personnels

SSQ Assurance recueille les renseignements nécessaires à la gestion et à l'administration de la relation d'affaires que nous avons avec vous ainsi que tout autre renseignement obtenu lors de vos interactions avec nous.

Les renseignements personnels que nous recueillons, conservons et utilisons nous permettent de vérifier votre identité, de valider votre admissibilité à nos produits et services, d'estimer les risques d'assurance, d'établir la prime, de traiter vos réclamations, d'administrer votre dossier et de satisfaire aux exigences légales. Ils peuvent aussi être utilisés à des fins statistiques pour nous permettre d'améliorer nos produits, services, campagnes ou promotions. Si vous nous avez donné votre numéro d'assurance sociale, il sera utilisé uniquement à des fins administratives et fiscales.

Afin de vous offrir de temps à autre des produits et des services qui pourraient répondre à vos besoins, de vous communiquer des offres et des conseils privilégiés et pour mieux vous servir, SSQ Assurance peut :

- utiliser les coordonnées que vous avez fournies (nom, adresse, numéro de téléphone, adresse courriel) pour vous contacter
- partager une liste des coordonnées de ses clients aux autres compagnies composant SSQ Assurance (SSQ, Société d'assurance-vie inc., SSQ, Société d'assurance inc., SSQ Distribution inc. et leurs filiales). Si vous souhaitez que votre nom soit retiré de cette liste, veuillez nous en aviser en faisant parvenir une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse ci-dessous ou en appelant au 1 833 210-0734. Si vous nous avez déjà demandé d'être retiré de cette liste, nous en tiendrons compte et il n'est pas nécessaire de nous contacter à nouveau.

Responsable de la protection des renseignements personnels

SSQ Assurance

2525, boulevard Laurier, C.P. 10500, succ. Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

Pour en connaître davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le ssq.ca.