

# ASSURANCES GROUPE SYNDICAL 4



# PRÉSENTATION ASSURANCE SSQ



## Votre assurance SSQ regroupe :

- **Trois niveaux de protection**
  - Pro-santé de base
  - Pro-santé global
  - Pro-santé global+
- **Quatre statuts de protection**
  - Individuel
  - Monoparental
  - Couple
  - Familial

## En tant que *personne adhérente*, vous devez choisir :

- un **niveau de protection** (Pro-santé de base, etc.)
- un **statut de protection** (individuel, monoparental, etc.)

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

# À SAVOIR



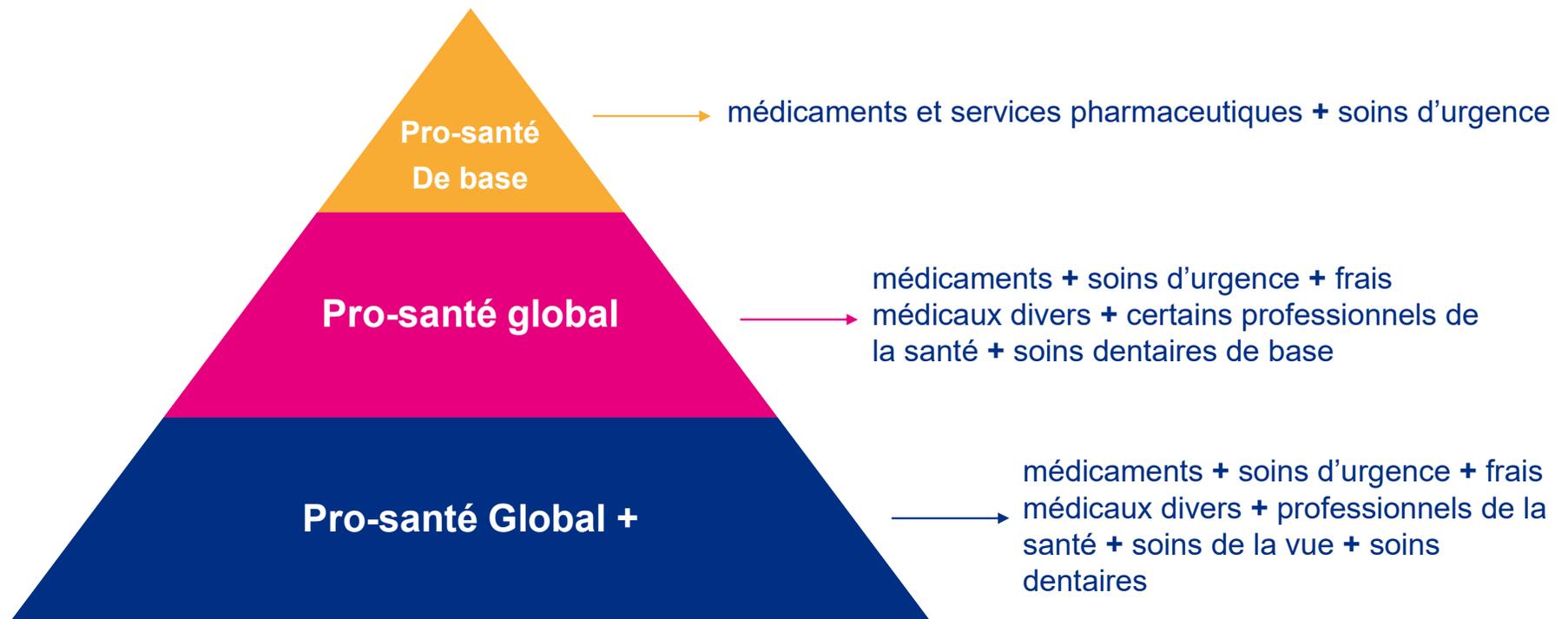
Si nous **ne recevons pas** le formulaire dans les délais, **vous aurez** l'assurance ***Pro-santé de base individuelle*** tel *qu'exigé par la loi.*

## Conseil

En cas de doute, nous vous proposons de commencer par la protection de base (Pro-santé de base) 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



# PROTECTIONS ET TARIFICATION



Pour connaître les protections de votre régime d'assurance collective et la tarification applicable, veuillez vous référer au dépliant de votre groupe syndical qui se trouve dans le module #7.

# ADHÉSION ASSURANCES



## ASSURANCE MÉDICAMENTS

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

## LES OPTIONS FACULTATIVES

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

# INSTRUCTIONS POUR COMPLÉTER VOTRE FORMULAIRE D'ASSURANCE





# COMPLÉTER LE FORMULAIRE

## ÉTAPES 1 ET 2



### Étape 1 - IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (VOUS)

Inscrivez votre nom, 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
N° tél. à la résidence	N° tél. au travail	Date de naissance	Sexe	Communication
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fr. <input type="checkbox"/> Ang. <input type="checkbox"/>
DESIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE				
Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	

# COMPLÉTER LE FORMULAIRE

## ÉTAPE 3



### Étape 3 - RÉGIMES

#### Section 3.1 – Pro-santé

À partir de votre **choix de statut** (individuel, monoparental, familial, couple) et de **niveau de protection** (Pro-santé de base, Pro-santé global, Pro-santé global +), vous devez cocher **LA** case qui correspond à la protection désirée.

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

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

#### Section 3.2 – La protection salariale de longue durée

Cette protection **est obligatoire**.

# COMPLÉTER LE FORMULAIRE

## ÉTAPE 3



### Section 3.3 – Protection vie

Cette option est **facultative**.

Les sections **3.3.1 adhésion automatique** et **3.3.3 adhésion automatique de la personne conjointe et des enfants à charge** sont **cochées par défaut**.

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)	<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)
3.3.3 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 \$)	<input type="checkbox"/> unité(s) de 10 000 \$ (Indiquez le nombre total d'unités désiré)	AUGMENTER À <input type="checkbox"/> unité(s) de 10 000 \$ (Indiquez le nombre total d'unités désiré)	RÉDUIRE À <input type="checkbox"/> 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 (Pour les points 2 à 8) (Pour la cohabitation, indiquez la date de début)			
1. COHABITATION <input type="checkbox"/> → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant (Vie maritale) → 1.2 Date de début de cohabitation		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. PERTE DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE <input type="checkbox"/>

Vous ne souhaitez pas adhérer à la **protection vie de base**, cochez **Je renonce à cette protection**

# COMPLÉTER LE FORMULAIRE

## ÉTAPE 3



### Section 3.3 – Protection vie (suite)

Vous souhaitez la **protection vie supplémentaire** ?

Vous adhérez à la section 3.3.1, complétez le 3.3.2 « nombre total de fois désiré ».

Vous adhérez à la section 3.3.3, complétez le 3.3.4 « nombre total d'unités désiré ».

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)	<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)				
3.3.3 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 \$)	<input type="checkbox"/> unité(s) de 10 000 \$ (Indiquez le nombre total d'unités désiré)	AUGMENTER À <input type="checkbox"/> unité(s) de 10 000 \$ (Indiquez le nombre total d'unités désiré)	RÉDUIRE À <input type="checkbox"/> 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 (Pour la cohabitation, indiquez la date de début)	(Pour les points 2 à 8)						
1. COHABITATION <input type="checkbox"/> → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant (Vie maritale) → 1.2 Date de début de cohabitation	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. PERTE DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE <input type="checkbox"/>

# COMPLÉTER LE FORMULAIRE

## ÉTAPE 4

### Étape 4 – BÉNÉFICIAIRE

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

4 BÉNÉFICIAIRE	
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-Soeurs (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)	
Nom(s) du(des) bénéficiaire(s) : <input type="text"/>	
<b>OU</b> La somme assurée sera payable à la succession de l'adhérent <input type="checkbox"/>	

\* 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	
«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 réticence peut entraîner la nullité de la protection.»	
Pour vous-même	Pour votre personne conjointe
6.1 Date : <input type="text"/>	6.3 Date : <input type="text"/>
6.2 Signature de la personne adhérente : <input type="text"/>	6.4 Signature de la personne conjointe : <input type="text"/>

# AUTORISATIONS ET SIGNATURE

## ÉTAPE 7

**Il est important que vous datiez et signiez votre formulaire à l'étape 7.**

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 : <input type="text"/>	7.2 Signature de la personne adhérente <input type="text"/>

**Si nous ne recevons pas le formulaire dans les délais,  
vous aurez l'assurance *Pro-santé de base individuelle* tel qu'exigé par la loi.**



# **Des questions? Contactez le Service aux employés.**

**Par courriel**

[service.employees.hsj@ssss.gouv.qc.ca](mailto:service.employees.hsj@ssss.gouv.qc.ca)

**Par téléphone**

514 345-4750, option 3