



ASSURANCES PERSONNEL D'ENCADREMENT

↑ Urgence Bloc 1 3 5 11 ↑



Le Coeur
sur la main

CHU Sainte-Justine peut compter sur
une belle... le Centre-ville québécois
d'urgence qui fait que le centre hospitalier est reconnu
comme un des plus importants du Québec
et de la région de la Grande Vallée
de la Saguenay. Les services de soins
de longue durée de la Saguenay et de la région
de la Saguenay et de la région de la Saguenay.

PRÉSENTATION DU FORMULAIRE



Votre assurance SSQ regroupe :

- **Trois régimes de protection obligatoire**
 - Assurance accident maladie
 - Assurance vie de base
 - Assurance salaire de longue durée
- **Un régime de protection facultatif**
 - Assurance vie additionnelle

Trois statuts de protection

- Individuel
- Monoparental
- Familial

** Si vous êtes déjà couvert par une autre assurance, veuillez cocher **Exemption** et nous fournir une **preuve** d'assurance.

NIVEAUX DE PROTECTIONS

RÉGIMES	REMBOURSEMENT DES FRAIS ADMISSIBLES	PROTECTIONS
RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE	MÉDICAMENTS AMBULANCE ASSURANCE VOYAGE ET ANNULATION SOINS DES PROFESSIONNELS (physiothérapeute, massothérapeute, chiropraticien, etc) Etc...	-INDIVIDUEL -MONOPARENTAL -FAMILIAL -EXEMPTION
RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE VIE	ASSURANCE VIE ET LA MUTILATION PAR ACCIDENT DE L'ADHÉRENT, DU CONJOINT ET DES PERSONNES À CHARGES	
RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (RCO)	65 % DU TRAITEMENT MENSUEL BRUT À COMPTER DE LA 105 ^e SEMAINE D'INVALIDITÉ TOTALE PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES EN LIEN AVEC LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION EN COMPLÉMENT DU TRAITEMENT PROVENANT D'UN EMPLOI DE RÉADAPTATION	PRIME PAYÉE PAR L'EMPLOYEUR
RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE	ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT (le montant total de protection choisi peut être de 1, 2, 3, 4 ou 5 fois le traitement annuel) ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT (le montant de protection choisi peut être de 1 à 10 tranches de 10 000 \$)	

ADHÉSION AUX ASSURANCES



Entrer en vigueur de votre régime d'assurance

- Statut à **temps complet** = **1 mois** après votre date d'entrée en fonction
- Statut à **temps partiel** = **3 mois** après votre date d'entrée en fonction

À noter : Un délai de quelques mois s'applique pour l'adhésion à votre plan d'assurance SSQ nécessitant l'approbation de Retraite Québec.

Il est **IMPORTANT** de conserver vos reçus médicaux afin de pouvoir effectuer une demande de réclamation lorsque l'approbation sera confirmée.



Si vous occupez une fonction auprès d'un employeur des secteurs public et parapublic du Québec dans les 30 jours précédant votre entrée en fonction, vous serez assuré dès votre 1^{er} jour de travail.

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



Personnel d'encadrement des
Secteurs Public et Parapublic du Québec

Remplir les sections pertinentes
DEMANDE D'ADHÉSION
DEMANDE DE CHANGEMENT
S'EMPLOIE SANS CARBONE — ÉCRIRE FERMEMENT S.V.P.

1 Renseignements généraux - Personne adhérente

1.1 Nom, 1.2 Prénom, 1.3 N° d'assurance sociale, 1.4 Adresse, 1.5 Code postal, 1.6 N° tél. au travail, 1.7 Courriel, 1.8 N° tél. à la résidence, 1.11 Date de naissance, 1.12 Sexe, 1.13 Communication, 1.9 Travaillez-vous chez 2 employeurs ou plus?, 1.10 Occupez-vous un autre poste ou une autre fonction chez l'employeur?, 1.11.1 Si oui, titre ou fonction, 1.11.2 Si oui, titre ou fonction, 1.11.3 Êtes-vous en congé sans traitement?, 1.14.1 Êtes-vous déjà assuré(e) par SSQ?, 1.14.2 Si oui, votre N° de certificat, 1.14.3 Cette demande résulte-t-elle d'un transfert d'un employeur à un autre?, 1.15 Événement justifiant la demande de changement.

2 Régimes

2A - Adhésion, 2B - Exemption, 2C - Changement, 2C.A. AJOUT, 2C.B. RETRAIT, 2C.C. RÉDUCTION

3 Bénéficiaire : assurance vie

3.1 La somme assurée sera payable à la succession de l'adhérent, 3.2 Le bénéficiaire est révocable, 3.3 Le bénéficiaire est irrevocable, 3.4 Je désigne comme bénéficiaire (au décès):

4 Désignation de la personne conjointe : régime obligatoire d'assurance accident maladie, régime de rentes de survivants.

4.1 Nom, 4.2 Prénom, 4.3 Date de naissance, 4.4 Sexe

5 Employeur

5.1 N° de paye, 5.2 N° d'employeur CARRA, 5.3 Reçu de l'employé, 5.4 Date de nomination, 5.5 N° de groupe, 5.6 Ministère, 5.7 Classe d'emploi (FP), 5.8 Code de fonction (SSS), 5.9 Classification (Ed., Org.), 5.10 Nom de l'employeur, de l'organisme ou de l'établissement

5.11 Statut d'engagement

5.11.1 Permanent, 5.11.2 Temporaire admissible, 5.11.3 Occasionnel, 5.11.4 Temps plein, 5.11.5 Temps partiel, 5.11.6 %, 5.11.7 Si temporaire admissible, durée de l'engagement, 5.12 Salaire annuel de base, 5.12.1 Salaire, 5.12.2 Salaire, 5.12.3 Date de début d'absence de l'adhérent, 5.12.4 Classe salariale, 5.12.5 Échelle salariale (organisme), 5.13 Est-ce que l'employé(e) a acquis le droit de conserver ses protections d'assurance en vertu du régime d'assurance collective du personnel d'encadrement?, 5.14 Poste déjà validé, 5.14.1 Si non = nouveau poste, 5.14.2 Si oui, remplace qui, 5.14.3 NAS, 5.14.5 Partiel le, 5.14.6 Raison du départ, 5.15 Je certifie que les renseignements sont exacts et complets, 5.15.1 Identification de la personne ayant rempli le formulaire, 5.15.4 Nom et prénom du représentant autorisé de l'employeur, 5.15.5 Date, 5.15.6 Signature du représentant autorisé de l'employeur, 5.16 Exemption, 5.16.1 Début d'exemption, 5.16.2 Date de début d'exemption, 5.16.3 Fin d'exemption, 5.16.4 Date de la fin d'exemption, 5.17 Commentaires

6 Déclaration de personne non-fumeuse

6.1 Date, 6.2 Signature de la personne adhérente, 6.3 Date, 6.4 Signature de la personne conjointe, 6.5 Signature de la personne adhérente

7 Signature

7.1 Date, 7.2 Signature de la personne adhérente

8 Section SSQ

8.1 N° groupe, 8.2 N° certificat, 8.3 En vigueur, 8.4 Classe, 8.5 Adhérent sélection, 8.6 MAL, 8.7 FRAIS DENT., 8.8 I.H., 8.9 R.I.P., 8.10 VIE, 8.11 M.M.A., 8.12 VIE, 8.13 M.M.A., 8.14 VIE, 8.15 M.M.A., 8.16 RENTES SURV., 8.17 Adhérent fumeur, 8.18 Conjoint fumeur, 8.19 Codifié par, 8.20 Code certificat

Copie blanche pour SSQ — Copie jaune pour la CARRA — Copie rose pour l'employeur — Copie orange pour la personne adhérente. FV3435F (2017-10)

COMPLÉTER LE FORMULAIRE

ÉTAPE 1



Étape 1 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX – PERSONNE ADHÉRENTE (VOUS)

Complétez les renseignements généraux (nom, prénom). Votre numéro d'assurance sociale est facultatif.

1 Renseignements généraux - Personne adhérente					
1.1 Nom		1.2 Prénom		1.3 N° d'assurance sociale	
1.4 Adresse			1.5 Code postal	1.6 N° tél. au travail	
1.7 Courriel		1.8 N° tél. à la résidence		1.11 Date de naissance A M J	1.12 Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
1.13 Communication Fr. <input type="checkbox"/> Ang. <input type="checkbox"/>		1.9.1 Travaillez-vous chez 2 employeurs ou plus? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 1.9.2 Si oui, noms des employeurs		1.10.1 Occupez-vous un autre poste ou une autre fonction chez l'employeur? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 1.10.2 Si oui, titre ou fonction : 1.10.3 Êtes-vous en congé sans traitement? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
1.14.1 Êtes-vous déjà assuré(e) par SSQ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		1.14.2 Si oui, votre N° de certificat			
1.14.3 Cette demande résulte-t-elle d'un transfert d'un employeur à un autre? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>					
1.15 Événement justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement (Pour la cohabitation, indiquer la date de début) A M J (Compléter la section 4 s'il y a lieu)					
1. COHABITATION (Vie maritale) <input type="checkbox"/>	→ 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant A M J	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"/>
2. MARIAGE <input type="checkbox"/>				8. CESSATION DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE. <input type="checkbox"/>	
3. ADOPTION <input type="checkbox"/>					

COMPLÉTER LE FORMULAIRE

ÉTAPE 2



RÉGIME

Section 2.1 – Régime obligatoire d'assurance accident / maladie

Vous devez cocher la case qui correspond à la **protection désirée** : Individuelle - Monoparentale - Familiale

2 Régimes	2A - Adhésion				2C - Changement							
	IND 2.A.1	MONO 2.A.2	FAM 2.A.3	EXEMPTION* 2.A.4	IND 2.C.A.1	MONO 2.C.A.2	FAM 2.C.A.3	EXEMPTION* 2.C.A.4	IND 2.C.R.1	MONO 2.C.R.2	FAM 2.C.R.3	EXEMPTION* 2.C.R.4
2.1 RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE	<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"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE VIE (incluant l'assurance vie et la mutilation par accident de l'adhérent, du conjoint et des personnes à charge)	OBLIGATOIRE											
2.3 RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	OBLIGATOIRE											
2.4 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (RCO)	OBLIGATOIRE											
2.5 RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE ** (Voir note 1 au verso)					AUGMENTER À **				RÉDUIRE À			
a) Assurance vie additionnelle de l'adhérent (le montant total de protection choisi peut être de 1, 2, 3, 4 ou 5 fois le traitement annuel)	2.A.5 _____ fois (Indiquer le nombre total de fois désiré)				2.C.A.5 _____ fois (Indiquer le nombre total de fois désiré)				2.C.R.5 _____ fois (Indiquer le nombre total de fois désiré)			
b) Assurance vie additionnelle du conjoint (le montant de protection choisi peut être de 1 à 10 tranches de 10 000 \$)	2.A.6 _____ tranche(s) de 10 000 \$ (Indiquer le nombre total de tranches désiré)				2.C.A.6 _____ tranche(s) de 10 000 \$ (Indiquer le nombre total de tranches désiré)				2.C.R.6 _____ tranche(s) de 10 000 \$ (Indiquer le nombre total de tranches désiré)			

* La portion de la section 5 relative à l'exemption doit être remplie par l'employeur. ** Joignez le formulaire «Déclaration d'état de santé» (FSÉL108), si nécessaire.

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

COMPLÉTER LE FORMULAIRE

ÉTAPE 2



RÉGIME

Section 2.5 – Régime facultatif d'assurance vie additionnelle

Vous devez compléter cette section **uniquement** si vous souhaitez y adhérer.

2.5 RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE ** (Voir note 1 au verso)

- a) Assurance vie additionnelle de l'adhérent
(le montant total de protection choisi peut être de 1, 2, 3, 4 ou 5 fois le traitement annuel)
- b) Assurance vie additionnelle du conjoint
(le montant de protection choisi peut être de 1 à 10 tranches de 10 000 \$)

2.A.5 _____ fois
(Indiquer le nombre total de fois désiré)

2.A.6. _____ tranche(s) de 10 000 \$
(Indiquer le nombre total de tranches désiré)

AUGMENTER À **



2.C.A.5 _____ fois
(Indiquer le nombre total de fois désiré)

2.C.A.6. _____ tranche(s) de 10 000 \$
(Indiquer le nombre total de tranches désiré)

RÉDUIRE À



2.C.R.5 _____ fois
(Indiquer le nombre total de fois désiré)

2.C.R.6. _____ tranche(s) de 10 000 \$
(Indiquer le nombre total de tranches désiré)

À noter : Vous pouvez utiliser **l'outil de calcul** pour visualiser les différents scénarios. Fermez cette présentation et ouvrez le document *Excel* « **Outil calcul primes 2023** » pour faire vos simulations.

COMPLÉTER LE FORMULAIRE

ÉTAPES 5 ET 6



Étape 5 – DÉCLARATION DE PERSONNES NON-FUMEUSES

Vous et votre conjoint devez signer **SEULEMENT** si vous êtes des personnes **NON-FUMEUSES**.

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, Société d'assurance-vie inc. 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 prime qui s'y rattache à compter de la date de la demande de SSQ, Société d'assurance-vie inc. 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 : _____

Étape 6 – SIGNATURE

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 l'assureur 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 : _____

**Si nous ne recevons pas le formulaire dans les délais,
vous aurez la protection individuelle du régime obligatoire, tel qu'exigé par la loi.**



Des questions? Contactez le Service aux cadres.

Par téléphone

514 345-4931, poste 2165

Par courriel

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