

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 |
| | | | | 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"/> | | 1.10.1 Occupez-vous un autre poste ou une autre fonction chez l'employeur? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | | | |
| 1.9.2 Si oui, noms des employeurs | | 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) <input type="text"/> (Compléter la section 4 s'il y a lieu) | | | | | |
| 1. COHABITATION <input type="checkbox"/> → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant <input type="text"/> | | 4. NAISSANCE <input type="checkbox"/> | | 8. CESSATION DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE. <input type="checkbox"/> | |
| 2. MARIAGE <input type="checkbox"/> | | 5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT <input type="checkbox"/> | | | |
| 3. ADOPTION <input type="checkbox"/> | | 6. SÉPARATION <input type="checkbox"/> | | | |
| | | 7. DIVORCE <input type="checkbox"/> | | | |

2 Régimes

• Vous devez choisir un des statuts de protection suivants :

| | 2A - Adhésion | | | | 2C.A. AJOUT | | | | 2C.R. RETRAIT | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 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.

3 Bénéficiaire : assurance vie

3.1 La somme assurée sera payable à la succession de l'adhérent OU

3.2 Le bénéficiaire est révocable* (peut être changé en tout temps)

3.3 Le bénéficiaire est irrévocable* (ne peut être changé sauf avec le consentement écrit du bénéficiaire nommé irrévocable)

3.4 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) Autre (5)

Nom(s) du(des) bénéficiaire(s) : _____

* 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.

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 (Voir note 5 au verso) | |
| | | | | | | | | 5.5.1 N° SSQ | |
| | | | | | | | | 5.5.2 N° CISSS ou CIUSSS (SSS) | |
| 5.6 Ministère | | 5.7 Classe d'emplois (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 (Voir note 2 au verso) | | | | | | 5.11.7 Si temporaire admissible, durée de l'engagement : | | | |
| 5.11.1 Permanent <input type="checkbox"/> | | 5.11.2 Temporaire admissible <input type="checkbox"/> | | 5.11.3 Occasionnel <input type="checkbox"/> | | 5.11.4 Temps plein <input type="checkbox"/> | | 5.11.5 Temps partiel <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | 5.11.6 _____ % | | Du <input type="text"/> Au <input type="text"/> | |
| 5.12.1 Titre ou fonction de l'adhérent : | | | | | | | | | |
| 5.12.2 Salaire annuel de base : \$ _____ 5.12.3 Date de début d'absence de l'adhérent <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| 5.12.4 Classe salariale <input type="text"/> 5.12.5 Échelle salariale (organisme) <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| Min _____ Max _____ Max au mérite _____ | | | | | | | | | |
| 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? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| 5.14 Poste déjà validé <input type="checkbox"/> Non 5.14.1 Si non = nouveau poste (Voir note 4 au verso) <input type="checkbox"/> Oui 5.14.2 Si oui, remplace qui : _____ 5.14.3 NAS <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| 5.14.5 Parti le : <input type="text"/> 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 : <input type="text"/> | | | |
| 5.15.2 Date : <input type="text"/> | | | | | | 5.15.6 Signature du représentant autorisé de l'employeur (voir note 3 au verso) | | | |
| 5.15.3 N° tél. : (_____) _____ - _____ Poste : _____ | | | | | | | | | |
| 5.16 Exemption | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 5.16.1 Début d'exemption | | 5.16.2 Date de début d'exemption <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> 5.16.3 Fin d'exemption | | 5.16.4 Date de la fin d'exemption <input type="text"/> | | ► Conserver au dossier du cadre la preuve de l'existence de l'assurance permettant l'exemption. | |
| | | | | | | | | ► Conserver au dossier du cadre la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption. | |
| 5.17 Commentaires | | | | | | | | | |

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 :

6.2 Signature de la personne adhérente : _____

Pour votre personne conjointe

6.3 Date :

6.4 Signature de la personne conjointe : _____

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 : 7.2 Signature de la personne adhérente _____

8 Section SSQ

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|-------------------|--|---------------------------------|--|-----------------|--------|--------------|---|--|
| N° groupe | | N° certificat | | | | En vigueur <input type="text"/> | | | Classe | | Adhérent sélection | |
| | | | | | | | | | | | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | |
| | | MAL. FRAIS DENT. | | I.H. R.I.P. | | VIE M.M.A. | | VIE M.M.A. | | RENTES SURV. | | |
| | | | | | | P.À.C. | | CONJOINT | | ENFANTS | | |
| BASE | | | | | | | | | | | | |
| ADD. | | | | | | | | | | | | |
| Adhérent fumeur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | Conjoint fumeur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | Codifié par _____ | | le <input type="text"/> | | Code certificat | | | | |

CHOIX DE PROTECTION

Note 1

Assurance vie additionnelle - Ajout ou retrait

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 3 fois votre salaire et que vous indiquez «2» sur la ligne sous «réduire à» de la colonne «retrait», nous retrancherons 1 unité de salaire de votre montant d'assurance vie additionnelle.

STATUT D'ENGAGEMENT

Note 2

Lorsqu'il s'agit d'une demande d'adhésion, joindre à la copie jaune pour la CARRA, selon le secteur concerné, la lettre d'engagement, l'acte de nomination, l'acte de titularisation ou la lettre de nomination. Ces documents doivent être envoyés à l'adresse suivante :

Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances

Direction des opérations
475, rue Jacques-Parizeau
Québec (Québec) G1R 5X3

Si des informations additionnelles sont requises au sujet du formulaire ou des documents à joindre, veuillez contacter un agent de rente à l'un des numéros de téléphone suivants :

418 643-4640 ► postes 2382 ou 2383
1 866 627-2505

Note 3

Le formulaire doit être signé par le représentant autorisé de l'employeur, en vertu notamment des dispositions légales à cet effet ou, s'il y a eu une délégation de signature, par la personne désignée.

AVIS

Protection des renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, SSQ, Société d'assurance-vie inc. constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute réclamation d'assurance. Seuls les employés ou mandataires qui sont responsables de la sélection des risques, des enquêtes et des réclamations ou toute autre personne que vous aurez autorisée ont accès à ce dossier. Votre dossier est détenu dans les bureaux de l'entreprise. Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier, et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels

SSQ, Société d'assurance-vie inc.
2525 boulevard Laurier, C.P. 10500, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

SSQ, Société d'assurance-vie inc. s'est dotée d'une Politique sur la protection des renseignements personnels. Si vous désirez obtenir une copie du dépliant à cet effet, il vous suffit de communiquer par écrit avec le Responsable de la protection des renseignements personnels, aux coordonnées mentionnées ci-dessus.

NOUVEAU POSTE

Note 4

Si l'employeur est une association de cadres, de hors-cadres ou d'employeurs, ou si la personne est à l'emploi d'un employeur dont le personnel n'est pas nommé selon la Loi sur la fonction publique, veuillez joindre à votre formulaire :

- la description de votre emploi
- votre organigramme

NUMÉROS DE GROUPE POUR LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Note 5

Dans le cadre de l'application de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (Loi 10), les employeurs du secteur de la santé et des services sociaux devront indiquer, pour la période de transition, le numéro de groupe utilisé habituellement pour les échanges avec SSQ (case 5.5.1) ET le numéro du nouvel établissement regroupé (CISSS ou CIUSS) (case 5.5.2).

La case 5.5.2 s'adresse donc UNIQUEMENT aux employeurs du secteur de la santé et des services sociaux (SSS).

Voici la liste des n° de groupes CISSS ou CIUSSS

| N° CISSS ou CIUSSS | Nom du nouvel établissement regroupé |
|--------------------|---|
| ZA010 | CISSS du Bas-Saint-Laurent |
| ZA020 | CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean |
| ZA030 | CIUSSS de la Capitale-nationale |
| ZA040 | CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec |
| ZA050 | CIUSSS de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke |
| ZA060 | CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal |
| ZA070 | CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal |
| ZA080 | CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal |
| ZA090 | CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal |
| ZA100 | CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal |
| ZA110 | CISSS de l'Outaouais |
| ZA120 | CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue |
| ZA130 | CISSS de la Côte-Nord |
| ZA140 | CISSS de la Gaspésie |
| ZA150 | CISSS des Îles |
| ZA160 | CISSS de Chaudière-Appalaches |
| ZA170 | CISSS de Laval |
| ZA180 | CISSS de Lanaudière |
| ZA190 | CISSS des Laurentides |
| ZA200 | CISSS de la Montérégie-Centre |
| ZA210 | CISSS de la Montérégie-Est |
| ZA220 | CISSS de la Montérégie-Ouest |