

1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

Nom _____ Prénom _____ N° d'assurance sociale _____

2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Adresse _____ Code postal _____ Communication _____ Sexe M F
 Fr. Ang.

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 _____ Sexe M F
 A A A A M M J J

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)	<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 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	Terminaison
	<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique	<input checked="" 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"/>	<input type="checkbox"/>
3.4.2 Additionnelle de la personne adhérente (1 à 5 fois le salaire annuel)	<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/>
3.4.4 Additionnelle de la personne conjointe (1 à 10 unités de 10 000 \$)	<input type="checkbox"/>	Augmenter à _____ unités (Indiquez le nombre total d'unités désiré)	Réduire à _____ unités (Indiquez le nombre total d'unités désiré)

3.5 ÉVÈNEMENT justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'évènement (Pour la cohabitation, indiquez la date de début) _____ (Pour les points 2 à 9)

1. Cohabitation (Vie maritale) → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? Si oui, date de naissance de l'enfant _____
 → 1.2 Date de début de cohabitation _____

2. Mariage ou union civile 3. Adoption 4. Naissance 5. Prise en charge de l'enfant

6. Séparation 7. Divorce 8. Perte de l'assurance de la personne conjointe 9. Fin d'admissibilité ou décès d'une personne à charge

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 révoicable* (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 révoicable.

5 EMPLOYEUR

5.1 Nom de l'organisme **Chu de Québec -Université Laval** 5.2 N° d'établissement _____ 5.3 N° de groupe **A** ou **T**

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

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 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? Non Oui Si oui, raison _____

5.9.2 Non 5.9.3 Oui Si oui, raison _____

5.9.4 Date du début de l'absence _____

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

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 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.

 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 _____ 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 _____ 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 Date : _____ Pour votre personne conjointe Date : _____

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 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 _____

8 SECTION SSQ

N° groupe	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
BASE							P.A.C.	CONJOINT	ENFANTS				
ADD.													

Adhérent(e) fumeur(se) Oui Non Conjoint(e) fumeur(se) Oui Non Codifié par _____

CHOIX DE PROTECTION ET STATUT D'ENGAGEMENT

Note 1

Vous devez choisir un statut de protection (individuel, monoparental ou familial) ainsi qu'un niveau de protection (Santé 1, Santé 2 ou Santé 3).

Vous pouvez changer votre niveau de protection dans les 30 jours suivants l'un des événements prévus à la section 3.5 du présent formulaire, sans égard à la durée de votre participation. En l'absence d'événement, vous 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 ou celui de vos personnes à charge 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

Le statut de protection individuel en soins dentaires est accordé par défaut, à moins d'y renoncer ou de choisir un statut de protection différent. La durée minimale de participation à cette garantie est de 36 mois consécutifs et cette période est comptabilisée à partir du 31 mars 2019 ou de la date initiale de la protection de la personne adhérente. À noter que la durée de participation aux options Santé 2 et Santé 3, dans lesquels la protection de soins dentaires était incluse avant le 31 mars 2019, ne peut être comptabilisée.

Note 3

La participation à cette garantie peut être facultative pour toute personne salariée admissible à un groupe privé dans lequel le vote de l'unité d'accréditation a été favorable à une telle protection.

Note 4

Vous pouvez renoncer à la garantie d'assurance salaire de longue durée si celle-ci est obligatoire dans la mesure où vous répondez à l'une ou l'autre des conditions prévues pour cette garantie. À cet effet, vous devez compléter le formulaire **Droit de renonciation à la garantie obligatoire d'assurance salaire de longue durée** disponible auprès de votre employeur et consultez la section « Participation à l'assurance » de votre brochure pour plus de détails.

Note 5

Vous devez participer aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée (104 semaines) prévus à la convention collective pour avoir accès aux garanties Santé 2 ou 3, aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de longue durée.

Note 6

Assurance vie de base

L'adhésion à la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente et à l'assurance 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.

Assurance vie additionnelle

Dans la colonne « Augmenter à » ou « Réduire à », 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 assurance vie additionnelle et que vous indiquez « 2 » dans la case « Réduire à », nous retrancherons 1 unité de salaire de votre montant d'assurance vie additionnelle. Cette procédure est la même pour le montant d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe. Des preuves d'assurabilité sont toujours requises lors d'une demande d'assurance vie additionnelle.

Note 7

Pour connaître les dispositions particulières qui s'appliquent à la personne adhérente travaillant 25 % ou moins du temps complet, consultez l'annexe 1 de votre brochure.

Note 8

En vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, la participation minimale à l'option santé 1 est obligatoire (sous réserve du droit d'exemption) puisque cette option 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

Dossier et renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements concernant les personnes qu'elle assure, SSQ, Société d'assurance-vie inc. constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant leur demande d'adhésion ainsi que les renseignements relatifs à leurs demandes de prestations.

Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés, mandataires et fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion du contrat, des enquêtes, de la sélection des risques et du traitement des demandes de prestations, ainsi que des réassureurs et toute autre personne que vous aurez autorisée ont accès à ce dossier. SSQ conserve les dossiers d'assurance dans ses bureaux.

Toute personne a le droit de prendre connaissance des renseignements la concernant et, le cas échéant, de les faire rectifier sans frais, en adressant une demande écrite à SSQ, Société d'assurance-vie inc., 2525 boul. Laurier, Case postale 10500, Succursale Sainte-Foy, Québec (Québec), G1V 4H6, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels. Toutefois, SSQ peut exiger des frais pour toute transcription, reproduction ou transmission de renseignements et informera préalablement la personne concernée du montant approximatif exigible.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter l'Énoncé de la politique de protection des renseignements personnels sur le site ssq.ca.