

### 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
1.9.1 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"/>		1.12 Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
1.9.2 Si oui, noms des employeurs		1.10.2 Si oui, titre ou fonction :		Fr. <input type="checkbox"/> Ang. <input type="checkbox"/>	
		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)					
1. COHABITATION <input type="checkbox"/> → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant					
2. MARIAGE <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. DÉBUT OU FIN DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE. <input type="checkbox"/>					

### 2 Régimes

**2A - Adhésion**      **2C - Changement**

• Vous devez choisir un des statuts de protection suivants :

	2.A. AJOUT				2.C.R. RETRAIT			
	IND	MONO	FAM	EXEMPTION	IND	MONO	FAM	EXEMPTION
<b>2.1 RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE</b>	2.A.1	2.A.2	2.A.3	2.A.4	2.C.R.1	2.C.R.2	2.C.R.3	2.C.R.4
<b>2.2 RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE VIE</b> (incluant l'assurance vie et la mutilation par accident de l'adhérent, du conjoint et des personnes à charge)	OBLIGATOIRE							
<b>2.3 RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE</b>	OBLIGATOIRE							
<b>2.4 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (RCO)</b>	OBLIGATOIRE							
<b>2.5 RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE</b> (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.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.R.6 _____ tranche(s) de 10 000 \$ (Indiquer le nombre total de tranches désiré)			

### 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) : \_\_\_\_\_

### 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	
Le régime de rentes de survivant est offert seulement si les conditions de travail du participant ou un décret le prévoit.							

### 5 Employeur

5.1 N° d'employé(e)	5.2 N° d'employeur Retraite Québec		5.3 Reçu de l'employé		5.4 Date d'entrée en fonction		5.5 N° de groupe	
5.6 Ministère	5.7 Classe d'emplois (FP)	5.8 Code de fonction (SSS)		5.9 Nom de l'employeur, de l'organisme ou de l'établissement				
<b>5.10 Statut d'engagement</b>								
5.10.1 Permanent <input type="checkbox"/>	5.10.2 Temporaire admissible <input type="checkbox"/>	5.10.3 Occasionnel <input type="checkbox"/>	5.10.4 Temps plein <input type="checkbox"/>	5.10.5 Temps partiel <input type="checkbox"/>	5.11.6 _____ %	5.10.7 Si temporaire admissible, durée de l'engagement : Du _____ Au _____		
5.11.1 Titre ou fonction de l'adhérent : _____ 5.11.2 Salaire annuel de base : _____ \$								
5.11.3 Date de début d'absence de l'adhérent _____ 5.11.4 Classe salariale _____								
5.12 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"/> (S'adresse uniquement aux employeurs du secteur de la fonction publique. Voir note 2 au verso.)								
5.13 Poste déjà existant (Voir note 3 au verso) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 5.13.1 Si non = Création de poste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 5.13.2 Si oui, quel cadre a quitté lors de cette entrée en fonction? _____ 5.13.3 NAS _____								
5.13.4 Parti le : _____ 5.13.5 Raison du départ : _____								
5.14 Je certifie que les renseignements sont exacts et complets								
5.14.1 Identification de la personne ayant rempli le formulaire : _____ Nom et prénom en lettres moulées						5.14.4 Nom et prénom du représentant autorisé de l'employeur		
5.14.2 Date : _____						5.14.5 Date : _____		
5.14.3 N° tél.: (____) _____ - _____ Poste : _____						5.14.6 Signature du représentant autorisé de l'employeur (voir note 4 au verso)		
<b>5.15 Commentaires</b>								

### 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, cigarette électronique (vapoteuse), 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 obligatoire

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

## 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.

## PERSONNEL D'ENCADREMENT DU SECTEUR DE LA FONCTION PUBLIQUE

### Note 2

Fait partie du secteur fonction publique tout ministère ou organisme dont le personnel est nommé suivant la Loi sur la fonction publique (RLRQ, chapitre F-3.1.1).

## SECTION 5.13

### Note 3

Les informations contenues dans cette section sont à l'usage unique de Retraite Québec.

## STATUT D'ENGAGEMENT

### Note 4

Joindre à la demande d'adhésion, selon le secteur concerné, la lettre d'engagement, l'acte de nomination, la lettre de nomination, la description de tâches et l'organigramme. Ces documents doivent être envoyés à l'adresse suivante :

Retraite Québec  
Case Postale 5500, succursale Terminus  
Québec (Québec) G1K 0G9

Si des informations additionnelles sont requises au sujet de la section 5 du formulaire, veuillez contacter Retraite Québec à l'un des numéros de téléphone suivants :

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

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.

Pour en connaître davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le [ssq.ca](http://ssq.ca).