

Formulaire à remplir par les employés de l'association APES



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



DEMANDE D'ADHESION
DEMANDE DE CHANGEMENT

S'EMPLOIE SANS CARBONE — ÉCRIRE FERMEMENT S.V.P.

1 Renseignements généraux - Personne adhérente

Nom **Nom** Prénom **Prénom** N° d'assurance sociale _____

Adresse **N°, Rue, App.** N° tél. au travail _____

Code postal _____ N° tél. à la résidence _____

Travaillez-vous dans 2 établissements ou plus? Non Oui
Si oui, noms des établissements _____

Date de naissance _____ Sexe M F Communication Fr Ang

Êtes-vous déjà assuré(e) par SSQ? Non Oui
Si oui, votre N° de certificat _____
Est-ce une demande pour un transfert d'un établissement à un autre? Non Oui

Événement justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement (Pour la cohabitation, indiquer la date de début) _____ (Pour les points 1 à 7)

1. COHABITATION * → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant _____ 3. ADOPTION * 6. SÉPARATION *
(Vie maritale) 4. NAISSANCE _____ 7. DIVORCE *

2. MARIAGE OU UNION CIVILE * 5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT _____ * Complétez la section 4 s'il y a lieu.

2 Régimes

Régime	Adhésion				Changement							
	IND	MOND	FAM	EXEMPTION*	IND	MOND	FAM	EXEMPTION*				
1 RÉGIME DE BASE D'ASSURANCE MALADIE (OBLIGATOIRE) (voir note 1 au verso) Maladie Régulière Maladie Plus (Durée minimale de participation de 24 mois)	<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 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I (OBLIGATOIRE) (voir note 2 au verso) a) Assurance frais dentaires b) Assurance salaire de longue durée c) Assurance vie de l'adhérent (1 fois le salaire)	<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"/>
3 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE II (FACULTATIF) (voir notes 2 et 3 au verso) a) Assurance vie supplémentaire de l'adhérent (1 à 3 fois le salaire) b) Assurance vie des personnes à charge c) Assurance vie supplémentaire du conjoint (5 à 20 tranches de 5 000 \$)	AUGMENTER À				RÉDUIRE À							
	_____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)				_____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)							
	ENFANTS CONJOINT(E) ET ENFANTS				ENFANTS CONJOINT(E) ET ENFANTS							
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>							
	_____ tranches de 5 000 \$ (Indiquez le nombre total de fois désiré)				_____ tranches de 5 000 \$ (Indiquez le nombre total de fois désiré)							

* La partie relative à l'exemption doit être remplie par l'employeur dans la section 5

3 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-Sœurs (4)

Le bénéficiaire est révocable* (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 révocable.

4 Désignation de la personne conjointe

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____ Sexe M F

Dans le présent document, SSQ désigne SSQ, Société d'assurance-vie Inc.

5 Employeur

Nom de l'organisme _____ N° d'établissement _____ N° de groupe **P**

N° d'employé **99999** Date d'embauche _____ Date d'admissibilité _____ Reçu de l'employé _____

STATUT D'ENGAGEMENT ET DÉLAI D'ADMISSIBILITÉ

- personne salariée embauchée à temps complet ou à 70% ou plus du temps complet dans un poste (1 mois)
- personne salariée embauchée dans une catégorie d'emploi autre que la précédente (3 mois) sauf pour le régime d'assurance maladie (1 mois)

ABSENCE DU TRAVAIL? Est-ce que la personne adhérente est présentement absente du travail?
 Non Oui Si oui, raison _____

Date du début de l'absence _____

La personne adhérente:
 a maintenu sa participation a suspendu sa participation (sauf le régime d'assurance maladie)

POURCENTAGE DE TEMPS TRAVAILLÉ
Cette personne adhérente a travaillé 25% ou moins du temps complet au cours de la période de référence et a déclaré de :
 participer à l'assurance
 de cesser de participer à l'assurance
 ne pas participer à l'assurance (Voir note 4 au verso)

DIMINUTION DE PROTECTION
Date de prise d'effet de la diminution _____

SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE (comme si 100% du temps plein) _____ \$ / année

Je certifie que les renseignements sont exacts et complets.
Date _____

Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées) _____
N° tél. () _____ Poste _____
Signature du représentant de l'employeur _____

Exemption
 Début d'exemption ► Date de début d'exemption _____ ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE I (sans assurance) conserver la preuve de l'existence de l'assurance permettant l'exemption.
 Fin d'exemption ► Date de la fin d'exemption _____ conserver la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.

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 ricanerie peut entraîner la nullité de la protection.

Date: _____ Signature de la personne adhérente: **À remplir si 2.3.a choisi** Signature de la personne conjointe: **À remplir si 2.3.c choisi**

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 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.

Date: _____ Signature de la personne adhérente: **Signature obligatoire**

8 Section SSQ

N° groupe P	N° certificat						En vigueur _____			Classe		Adhérent sélection	
	MAL.	FRAIS DENT.	I.H.	R.I.P.	VIE	M.M.A.	VIE P.A.C.	VIE M.M.A. CONJOINT	VIE M.M.A. ENFANTS	RENTES SURV.	Non	Oui	
BASE													
ADD.													

Adhérent fumeur: oui non
Conjoint fumeur: oui non Cotifié par _____ le _____ année _____ mois _____ jour _____ Code certificat _____

Copie Blanche pour SSQ — Copie Jaune pour l'administrateur — Copie rose pour la personne adhérente

FV3135F (2016-10)

Raison de la modification

2. Choix du régime obligatoire

3. À remplir pour désigner le bénéficiaire