

# Formulaire à remplir par les employés affiliés au syndicat APTS



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, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6



Remplir les sections pertinentes

DEMANDE D'ADHÉSION   
DEMANDE DE CHANGEMENT

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

1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE															
1.1 Nom <b>Nom</b>			1.2 Prénom <b>Prénom</b>				1.3 N° d'assurance sociale								
2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX															
2.1 Adresse <b>N°, Rue, App.</b>						2.2 Code postal									
2.3 N° tél. au travail		2.4 N° tél. à la résidence		2.5 Date de naissance		2.6 Sexe		2.7 Communication							
DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE															
Nom			Prénom			Date de naissance			Sexe						
3 RÉGIMES															
3.1 RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (obligatoire)					ADHÉSION			CHANGEMENT							
Vous devez choisir un seul des régimes suivants :					Ind	Mono	Couple	Fam	Exemption*	Ind	Mono	Couple	Fam	Exemption*	
• Maladie de base					<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"/>	
• Maladie intermédiaire					<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"/>	
• Maladie supérieur					<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"/>	
(Voir notes 1, 2, 3 et 4 au verso)															
3.2 RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES (facultatif)					ADHÉSION			CHANGEMENT							
(Voir notes 1, 2, 3 et 4 au verso)					Ind	Mono	Couple	Fam	Exemption*	Ind	Mono	Couple	Fam	Exemption*	Retrait
<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"/>	
3.3 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I (obligatoire)					ADHÉSION			CHANGEMENT							
a) Assurance vie de base de la personne adhérente (1 fois le salaire annuel brut)					Obligatoire (voir note 5 au verso)			Renonciation (voir note 5 au verso)							
b) Assurance vie additionnelle de la personne adhérente (1, 2 ou 3 fois le salaire annuel brut) (Voir note 7 au verso)					_____ fois (Indiquez le nombre de fois le salaire annuel brut désiré)			AUGMENTER À _____ fois (Indiquez le nombre de fois le salaire annuel brut désiré) RÉDUIRE À _____ fois (Indiquez le nombre de fois le salaire annuel brut désiré)							
c) Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge					Obligatoire (voir note 6 au verso) si Mono/Couple/Fam			Obligatoire (voir note 6 au verso)							
d) Assurance vie additionnelle de la personne conjointe (1 à 10 tranches de 10 000 \$) (Voir note 7 au verso)					_____ tranche(s) de 10 000 \$ (Indiquez le nombre de tranches désiré)			AUGMENTER À _____ tranche(s) de 10 000 \$ (Indiquez le nombre de tranches désiré) RÉDUIRE À _____ tranche(s) de 10 000 \$ (Indiquez le nombre de tranches désiré)							
e) Assurance salaire de longue durée					Obligatoire			Retrait (voir note 8 au verso)							
* La section 5.13 doit être remplie par l'employeur.															
ÉVÉNEMENT justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement (Pour les points 2 à 8)															
(Pour la cohabitation, indiquer la date de DÉBUT)															
1. COHABITATION <input type="checkbox"/>		2. MARIAGE OU UNION CIVILE <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. CESSATION DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE <input type="checkbox"/>	
1.1 Un enfant est-il issu de l'union? <input type="checkbox"/>					Si oui, date de naissance de l'enfant										
4 BÉNÉFICIAIRE															
Nom(s) du(des) bénéficiaire(s) :															
Je désigne comme bénéficiaire (au décès) :															
Conjoint(e) légal(e) (1) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait (7) <input type="checkbox"/> Fils-filles (2) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) légal(e) et fils-filles (6) <input type="checkbox"/> Père-mère (3) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait et fils-filles (8) <input type="checkbox"/> Frères-Sœurs (4) <input type="checkbox"/>															
Le bénéficiaire est révocable* <input type="checkbox"/> (peut être changé en tout temps)															
Le bénéficiaire est irrévocable* <input type="checkbox"/> (ne peut être changé sauf avec le consentement écrit du bénéficiaire nommé irrévocable)															
OU															
La somme assurée sera payable à la succession de la personne adhérente <input type="checkbox"/>															
* Au Québec, en l'absence de choix à cette question, la désignation du conjoint <b>légal</b> est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révocable.															

3. Choix du régime obligatoire

Raison de la modification

4. À remplir pour désigner le bénéficiaire

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

5 EMPLOYEUR										
5.1 NOM DE L'ORGANISME						5.2 N° D'ÉTABLISSEMENT		5.3 N° DE GROUPE		
								X		
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		
99999		A M J		A M J		A M J		• personne salariée dans un emploi permanent travaillant à 70% ou plus du temps plein (1 mois) 5.8.1 <input type="checkbox"/> • personne salariée engagée dans une catégorie autre que la précédente (3 mois) 5.8.2 <input type="checkbox"/> • pourcentage du temps travaillé 5.8.3 _____ %		
5.9 EST-CE QUE LA PERSONNE ADHÉRENTE EST PRÉSENTEMENT ABSENTE DU TRAVAIL?										
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, raison _____										
5.9.1 Date du début de l'absence _____										
La personne adhérente en congé sans rémunération de plus de 28 jours choisit de :										
5.9.2 <input type="checkbox"/> maintenir sa participation à l'ensemble des régimes auxquels elle participe										
5.9.3 <input type="checkbox"/> maintenir uniquement sa participation au régime maladie auquel elle participe										
5.9.4 <input type="checkbox"/> maintenir uniquement sa participation au régime maladie de base										
5.10 RÉVISION DU POURCENTAGE DU TEMPS TRAVAILLÉ										
Le pourcentage de temps travaillé de cette personne a diminué à 25% ou moins du temps complet au cours de la période de référence. Elle choisit de :										
5.10.1 <input type="checkbox"/> maintenir sa participation à l'ensemble des régimes auxquels elle participe (et doit participer aux garanties prévues à la convention collective)										
5.10.2 <input type="checkbox"/> maintenir uniquement sa participation au régime maladie auquel elle participe										
5.10.3 <input type="checkbox"/> participer uniquement au régime maladie de base										
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.										
_____										
N° tél. ( ) _____ Poste _____										
Signature du représentant de l'employeur _____										
5.13 EXEMPTION (Voir note 3 au verso)										
Régime d'assurance maladie Régime d'assurance soins dentaires										
5.13.1 <input type="checkbox"/> Début d'exemption _____ 5.13.2 <input type="checkbox"/> _____ 5.13.3 <input type="checkbox"/> _____										
5.13.4 <input type="checkbox"/> Fin d'exemption _____ 5.13.5 <input type="checkbox"/> _____ 5.13.6 <input type="checkbox"/> Fournir la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.										
5.14 REMARQUES										
6 DÉCLARATION DE PERSONNE NON-FUMEUSE - pour l'assurance vie additionnelle										
«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										
6.1 Date : _____										
6.2 Signature : _____										
À remplir si 3.3.b choisi										
Pour votre personne conjointe										
6.3 Date : _____										
6.4 Signature : _____										
À remplir si 3.3.d 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.										
7.1 Date : _____										
7.2 Signature de la personne adhérente : <b>Signature obligatoire</b>										
8 SECTION SSQ										
N° groupe		N° certificat		En vigueur		Classe		Adhérent sélection		
X				A M J				Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		
MAL.		FRAIS DENT.		I.H.		R.I.P.		VIE		M.M.A.
BASE						P.A.C.		CONJOINT		ENFANTS
ADD.										
Adhérent(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Conjoint(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Codifié par _____		le _____		Code certificat _____		

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

FV3798F (2017-12)