

Formulaire à remplir par les employés affiliés au syndicat CSN



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
S'EMPLOIE SANS CARBONE — ÉCRIRE FERMENT S.V.P.
C.P. 10500, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6



Remplir uniquement les sections pertinentes
(La section 1 est obligatoire)

DEMANDE D'ADHÉSION
DEMANDE DE CHANGEMENT

1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE							
Nom NOM		Prénom PRÉNOM		N° d'assurance sociale			
2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX							
Adresse			Codé postal	Communication Fr. <input type="checkbox"/> Ang. <input type="checkbox"/>	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
N° tél. à la résidence		N° tél. au travail		Courriel		Date de naissance	
DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE							
Nom		Prénom		Date de naissance		Sexe	
3 GARANTIES							
ADHÉSION				CHANGEMENT			
3.1 ASSURANCE SANTÉ (OBLIGATOIRE) Veuillez cocher une seule case selon la protection désirée. (Voir note 1 au verso)							
	Individuel	Monoparental	Familial	Exemption*	Individuel	Monoparental	Familial
Santé 1	<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"/>
Santé 3	<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) Participation minimale de 36 mois							
	Individuel	Monoparental	Familial	Terminaison			
	<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique	<input 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						
3.3 ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (OBLIGATOIRE)							
	<input checked="" type="checkbox"/> Je désire participer à cette garantie (voir note 3 au verso)			<input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection (voir note 4 au verso)			
3.4 ASSURANCE VIE (FACULTATIF) (Voir notes 5 et 6 au verso)							
3.4.1 De base de la personne adhérente (1 fois le salaire annuel)	<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique			Ajouter <input type="checkbox"/>	Terminer <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection						
3.4.2 Additionnelle de la personne adhérente (1 à 5 fois le salaire annuel)	_____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)			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			Ajouter <input type="checkbox"/>	Terminer <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection						
3.4.4 Additionnelle de la personne conjointe (1 à 10 unités de 10 000 \$)	_____ unités (Indiquez le nombre total d'unités désiré)			Augmenter à _____ unités (Indiquez le nombre total d'unités désiré)	Réduire à _____ unités (Indiquez le nombre total d'unités désiré)		
3.5 ÉVÉNEMENT justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement (Pour la cohabitation, indiquez la date de début) [A A J A A M M J J J] (Pour les points 2 à 9)							
1. Cohabitation (Vie maritale) <input type="checkbox"/>		2. Mariage ou union civile <input type="checkbox"/>		6. Séparation <input type="checkbox"/>			
→ 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? <input type="checkbox"/>		3. Adoption <input type="checkbox"/>		7. Divorce <input type="checkbox"/>			
→ Si oui, date de naissance de l'enfant [A A J A A M M J J J]		4. Naissance <input type="checkbox"/>		8. Perte de l'assurance de la personne conjointe <input type="checkbox"/>			
→ 1.2 Date de début de cohabitation [A A J A A M M J J J]		5. Prise en charge de l'enfant <input type="checkbox"/>		9. Fin d'admissibilité ou décès d'une personne à charge <input type="checkbox"/>			
4 BÉNÉFICIAIRE							
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)							
Nom(s) du/des bénéficiaire(s) : _____							
OU La somme assurée sera payable à la succession de l'adhérent <input type="checkbox"/>							
* Au Québec, en l'absence de choix à cette question, la désignation du conjoint <u>légal</u> est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révocable.							

3.1 Choix du régime obligatoire

*Même protection pour l'adhérent et les personnes à charge

Vous êtes adhérent automatiquement aux protections à adhésion automatique sauf si « Je renonce à cette protection » est coché

3.5 Raison de la modification

*À remplir si un événement justifie votre demande de changement

4. Bénéficiaire

*À remplir pour 3.4.1

5 EMPLOYEUR			
5.1 Nom de l'organisme		5.2 N° d'établissement	5.3 N° de groupe A ou T
5.4 (N° d'employé) MATRICULE		5.5 Date d'emplot	5.7 Reçu de l'employé
5.9 ABSENCE DU TRAVAIL?		5.8 STATUT D'ENGAGEMENT ET DÉLAI D'ADMISSIBILITÉ	
5.9.1 Est-ce que la personne adhérente est présentement absente du travail? <input type="checkbox"/> 5.9.2 Non <input type="checkbox"/> 5.9.3 Oui Si oui, raison _____		* 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)	
5.9.4 Date du début de l'absence [A A J A A M M J J J]		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 :	
La personne adhérente: <input type="checkbox"/> 5.9.5 a maintenu sa participation <input type="checkbox"/> 5.9.6 a suspendu sa participation (sauf l'option 1 en assurance santé)		5.10.1 <input type="checkbox"/> participer ou maintenir sa participation à l'assurance. (Voir note 7 au verso)	
		5.10.2 <input type="checkbox"/> cesser de participer à l'assurance. (Voir note 7 au verso)	
		5.10.3 <input type="checkbox"/> 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. [A A J A A M M J J J] Nom du représentant de l'employeur (lettres majuscules) _____			
N° tél. _____ Poste _____		Signature du représentant de l'employeur _____	
5.13 EXEMPTION			
<input type="checkbox"/> 5.13.1 Début d'exemption		5.13.2 Date de début d'exemption [A A J A A M M J J J] conservez la preuve de l'existence de l'assurance permettant l'exemption.	
<input type="checkbox"/> 5.13.3 Fin d'exemption		5.13.4 Date de la fin d'exemption [A A J A A M M J J J] 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 résiliation de la protection.»			
Pour vous-même		Pour votre personne conjointe	
6.1 Date : [A A J A A M M J J J] À remplir si 3.4.2 choisi		6.3 Date : [A A J A A M M J J J] À remplir si 3.4.4 choisi	
6.2 Signature de la personne adhérente : _____		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 : [A A J A A M M J J J]		7.2 Signature de la personne adhérente Signature OBLIGATOIRE	
8 SECTION SSQ			
N° groupe		N° certificat	En vigueur [A A J A A M M J J J]
CLASSE		Adhérent sélection	
MAL. FRAIS DENT. L.H. R.I.P. VIE M.M.A. VIE M.M.A. VIE M.M.A. VIE M.M.A.		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
BASE		RENTES SURV. <input type="checkbox"/>	
ADD.		ENFANTS <input type="checkbox"/>	
Adhérent(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Code certificat	
Conjoint(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Codifié par [A A J A A M M J J J]	

Copie blanche pour SSQ — Copie jaune pour l'employeur — Copie rose pour la personne adhérente

FV879F (2021-02)