SSQ assurance

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

APES

DEMANDE D'ADHÉSION ○
DEMANDE DE CHANGEMENT ○

1 Renseignements généraux - Personne adhérente

Nom | Prénom | N° d'assurance sociale

Adresse

Ville | Province | Code postal

Courriel | N° tél. au travail | N° tél. à la résidence

Date de naissance (A M J) | 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 (A A A A M M J J) (Pour les points 1 à 7)
(Pour la cohabitation, indiquer la date de **début**)

1. COHABITATION *(Vie maritale) ☐
   → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union?
   → Si oui, date de naissance de l'enfant (A A A A M M J J)
2. MARIAGE OU UNION CIVILE* ☐
3. ADOPTION * ☐
4. NAISSANCE ☐
5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT ☐
6. SÉPARATION * ☐
7. DIVORCE * ☐

* Complétez la section 4 s'il y a lieu.

2 Régimes

	Adhésion					Changement							
	IND	MONO	COUPLE	FAM	EXEMPTION*	IND	MONO	COUPLE	FAM	EXEMPTION*			
1 RÉGIME DE BASE D'ASSURANCE MALADIE (OBLIGATOIRE) (voir note 1 au verso)													
Maladie Régulier	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
Maladie Plus (Durée minimale de participation de 24 mois)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
2 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I (OBLIGATOIRE) (voir note 2 au verso)													
a) Assurance frais dentaires	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
b) Assurance salaire de longue durée	OBLIGATOIRE												
c) Assurance vie de l'adhérent (1 fois le salaire)	OBLIGATOIRE												
3 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE II (FACULTATIF) (voir notes 2 et 3 au verso)						**AUGMENTER À**					**RÉDUIRE À**		
a) Assurance vie additionnelle de l'adhérent (1 à 3 fois le salaire)	_____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)					_____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)					_____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)		
b) Assurance vie des personnes à charge	☐ ENFANTS ☐ CONJOINT(E) ☐ CONJOINT(E) ET ENFANTS					☐ ENFANTS ☐ CONJOINT(E) ☐ CONJOINT(E) ET ENFANTS					☐ ENFANTS ☐ CONJOINT(E) ☐ CONJOINT(E) ET ENFANTS		
c) Assurance vie additionnelle du conjoint (5 à 20 tranches de 5 000$)	_____ tranches de 5 000 $ (Indiquez le nombre total de fois désiré)					_____ 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-Soeurs (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 (A A A A M M J J) | Sexe F ○ M ○

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 | Date d'embauche (A M J) | Date d'admissibilité (A M J) | Reçu de l'employé (A M J)

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 (A M J)
La personne adhérente:
☐ a maintenu sa participation ☐ 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 décidé 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 (A M J)

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

Je certifie que les renseignements sont exacts et complets.
Date (A M J) | Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées)
N° tél. ( ) Poste | Signature du représentant de l'employeur

Exemption

		ASSURANCE MALADIE	COMPLÉMENTAIRE I (FRAIS DENTAIRES)	
☐ Début d'exemption	▶ Date de début d'exemption (A M J)	☐	☐	▶ conservez la preuve de l'existence de l'assurance permettant l'exemption.
☐ Fin d'exemption	▶ Date de la fin d'exemption (A M J)	☐	☐	▶ conservez 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 réticence peut entraîner la nullité de la protection.

Date: (A M J) | Signature de la personne adhérente :
Date: (A M J) | Signature de la personne conjointe :

7 Signature

J'autorise mon employeur et SSQ à recueillir, utiliser et communiquer mes renseignements personnels dans le cadre de l'administration de mon contrat d'assurance collective. Je reconnais de plus avoir pris connaissance de l'avis concernant la protection des renseignements personnels et certifie que les renseignements inscrits sont exacts et complets. J'autorise mon employeur et SSQ à recueillir, utiliser et communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins d'identification. J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les primes requises en vertu des régimes que j'ai choisis.

Date: (A M J) | Signature de la personne adhérente :

8 Section SSQ

N° groupe P | N° certificat | En vigueur (A M J) | Classe | Adhérent sélection Non ☐ Oui ☐

	MAL.	FRAIS DENT.	I.H.	R.I.P.	VIE	M.M.A.	VIE P.À.C.	M.M.A. P.À.C.	VIE CONJOINT	M.M.A. CONJOINT	VIE ENFANTS	M.M.A. ENFANTS	RENTES SURV.		
BASE															
ADD.															

Adhérent fumeur oui ☐ non ☐
Conjoint fumeur oui ☐ non ☐

Codifié par _____ le année mois jour

Code certificat

FV3135F (2024-07)

CHOIX DE PROTECTION

Note 1

Au moment de votre adhésion, vous devez choisir un régime d'assurance maladie (Maladie Régulier ou Maladie Plus) ainsi qu'un statut de protection pour ce régime. En vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec*, vous avez l'obligation de protéger votre conjoint et vos enfants à charge, s'il y a lieu, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption. Si vous choisissez le régime Maladie Plus, vous devez maintenir votre participation à ce régime pour une durée minimale de 24 mois.

Note 2

Pour le régime Complémentaire I – Assurance frais dentaires, il est possible de choisir un statut de protection différent de celui retenu pour le régime d'assurance maladie. Ce statut doit être égal ou inférieur au statut choisi en assurance maladie.

Les combinaisons possibles sont décrites dans le tableau suivant :

Régimes	Scénarios				
	1	2	3	4	5
Assurance maladie (Maladie Régulier ou Maladie Plus)	I	M	C	F	E
Complémentaire I – Assurance frais dentaires	I	I ou M	I ou C	I, M, C ou F	I, M, C, F ou E

I = Statut de protection individuel **C = Statut de protection couple** **E = Exempté**
M = Statut de protection monoparental **F = Statut de protection familial**

La participation au régime Complémentaire I - Assurance frais dentaires est obligatoire. Toutefois, pour tout pharmacien admissible travaillant 25 % ou moins du temps complet, la participation au régime complémentaire I est facultative. S'il choisit de participer aux régimes Complémentaires I et II, le pharmacien travaillant 25 % ou moins du temps complet doit participer également aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée (104 semaines) prévues aux ententes.

Droit de renonciation à la garantie d'assurance salaire de longue durée

Le pharmacien qui avait pris sa retraite et qui redevient admissible au présent régime en raison de son retour au travail peut renoncer à participer à la garantie d'assurance salaire de longue durée. Pour ce faire, le pharmacien doit joindre à sa demande d'adhésion une lettre confirmant son désir de renoncer à la garantie d'assurance salaire de longue durée. À défaut de communiquer sa décision par écrit à SSQ au moment de l'adhésion, la garantie d'assurance salaire de longue durée est automatiquement accordée au pharmacien et le prélèvement des primes est effectué de la manière habituelle.

Note 3

La participation au régime Complémentaire II est facultative pour tout pharmacien admissible sous réserve de ce qui est prévu ci-après :

- pour pouvoir participer à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent, le pharmacien doit participer à l'assurance vie de l'adhérent du régime Complémentaire I (des preuves d'assurabilité pourraient être exigées);
- pour pouvoir participer à l'assurance vie des personnes à charge, le pharmacien doit s'assurer selon un statut de protection monoparental, couple ou familial pour le régime d'assurance frais dentaires ou s'en être exempté. La protection choisie pour l'assurance vie des personnes à charge doit correspondre au statut de protection choisi pour le régime d'assurance frais dentaires ;
- pour pouvoir participer à l'assurance vie additionnelle du conjoint, le pharmacien doit participer à l'assurance vie des personnes à charge pour son conjoint (des preuves d'assurabilité pourraient être exigées).

Assurance vie – Ajout ou retrait

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 détenez 3 fois votre salaire en assurance vie additionnelle et que vous indiquez « 2 » sur la ligne sous « 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 addditionnelle du conjoint.

Note 4

En vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec* et sous réserve du droit d'exemption, la participation au régime d'assurance maladie (Maladie Régulier ou Maladie Plus) est obligatoire car ce régime prévoit une assurance médicaments. Lorsque la personne adhérente indique qu'elle désire cesser de participer ou ne pas participer à l'assurance, elle doit tout de même participer au régime d'assurance maladie.

AVIS

AVIS DE CONSTITUTION D'UN DOSSIER

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.

Mandataires et fournisseurs de services

SSQ peut échanger des renseignements personnels avec ses réassureurs, ses mandataires et ses fournisseurs de services, mais uniquement pour leur permettre d'exécuter les tâches qu'elle leur confie. Les mandataires et fournisseurs de services de SSQ doivent se soumettre à la politique de SSQ sur la protection des renseignements personnels.

En adhérant à un régime d'assurance collective, de même que lorsque vous faites une demande de prestations, vous consentez à ce que l'assureur et ses mandataires et fournisseurs de services utilisent les renseignements personnels dont ils disposent à votre égard aux fins décrites ci-dessus. Il est entendu que l'absence de consentement compromet la gestion de votre assurance et la qualité des services que SSQ peut vous offrir.

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