

### 1 Renseignements généraux - Personne adhérente

1.1 Nom \_\_\_\_\_ 1.2 Prénom \_\_\_\_\_ 1.3 N° d'assurance sociale \_\_\_\_\_

1.4 Adresse \_\_\_\_\_ 1.5 N° tél. au travail \_\_\_\_\_

1.6 Code postal \_\_\_\_\_ 1.7 N° tél. à la résidence \_\_\_\_\_ 1.11 Date de naissance \_\_\_\_\_ A M J 1.12 Sexe M  F  1.13 Communication Fr.  Ang.

1.9.1 Travaillez-vous chez 2 employeurs ou plus? Non  Oui  1.9.2 Si oui, noms des employeurs \_\_\_\_\_

1.10.1 Occupez-vous un autre poste ou une autre fonction chez l'employeur? Non  Oui  1.10.2 Si oui, titre ou fonction : \_\_\_\_\_ 1.10.3 Êtes-vous en congé sans traitement? Non  Oui

1.14.1 Êtes-vous déjà assuré(e) par SSQ? Non  Oui  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  Oui

1.15 Événement justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement \_\_\_\_\_ (Pour la cohabitation, indiquer la date de début) (Compléter la section 4 s'il y a lieu)

1. COHABITATION  → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant \_\_\_\_\_ A M J 4. NAISSANCE  8. CESSATION DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE.

2. MARIAGE  5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT  6. SÉPARATION

3. ADOPTION  7. DIVORCE

### 2 Régimes

**2A - Adhésion** • Vous devez choisir un des statuts de protection suivants :

	2A - Adhésion				2C.A. AJOUT				2C.R. RETRAIT			
	IND 2.A.1	MONO 2.A.2	FAM 2.A.3	EXEMPTION* 2.A.4	IND 2.C.A.1	MONO 2.C.A.2	FAM 2.C.A.3	EXEMPTION* 2.C.A.4	IND 2.C.R.1	MONO 2.C.R.2	FAM 2.C.R.3	EXEMPTION* 2.C.R.4
<b>2.1 RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE</b>	<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"/>
<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.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.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)			

\* La portion de la section 5 relative à l'exemption doit être remplie par l'employeur. \*\* Joignez le formulaire «Déclaration d'état de santé» (FSÉL108), si nécessaire.

### 3 Bénéficiaire

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

\* 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

4.1 Nom \_\_\_\_\_ 4.2 Prénom \_\_\_\_\_ 4.3 Date de naissance \_\_\_\_\_ A M J 4.4 Sexe M  F

### 5 Employeur

5.1 N° de paye \_\_\_\_\_ 5.2 N° d'employeur CARRA \_\_\_\_\_ 5.3 Reçu de l'employé \_\_\_\_\_ A M J 5.4 Date de nomination \_\_\_\_\_ A M J 5.5 N° de groupe SSQ \_\_\_\_\_

5.6 Ministère \_\_\_\_\_ 5.7 Classe d'emplois (FP) \_\_\_\_\_ 5.8 Code de fonction (SSS) \_\_\_\_\_ 5.9 Classification (Ed., Org.) \_\_\_\_\_ 5.10 Nom de l'employeur, de l'organisme ou de l'établissement \_\_\_\_\_

**5.11 Statut d'engagement (Voir note 2 au verso)**

5.11.1 Permanent  5.11.2 Temporaire admissible  5.11.3 Occasionnel  5.11.4 Temps plein  5.11.5 Temps partiel  5.11.6 \_\_\_\_\_ %

5.11.7 Si temporaire admissible, durée de l'engagement : Du \_\_\_\_\_ A M J Au \_\_\_\_\_ A M J

5.12.1 Titre ou fonction de l'adhérent : \_\_\_\_\_

5.12.2 Salaire annuel de base : \_\_\_\_\_ \$ 5.12.3 Date de début d'absence de l'adhérent \_\_\_\_\_ A M J

5.12.4 Classe salariale \_\_\_\_\_ 5.12.5 Échelle salariale (organisme) \_\_\_\_\_ Min Max Max au mérite

5.13 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  Oui

5.14 Poste déjà validé  Non 5.14.1 Si non = nouveau poste (Voir note 4 au verso)  Oui 5.14.2 Si oui, remplace qui : \_\_\_\_\_ 5.14.3 NAS \_\_\_\_\_

5.14.5 Parti le : \_\_\_\_\_ A M J 5.14.6 Raison du départ : \_\_\_\_\_

5.15 Je certifie que les renseignements sont exacts et complets

5.15.1 Identification de la personne ayant rempli le formulaire : \_\_\_\_\_ Nom et prénom en lettres moulées 5.15.4 Nom et prénom du représentant autorisé de l'employeur \_\_\_\_\_ 5.15.5 Date : \_\_\_\_\_ A M J 5.15.6 Signature du représentant autorisé de l'employeur (voir note 3 au verso) \_\_\_\_\_

5.15.2 Date : \_\_\_\_\_ A M J 5.15.3 N° tél. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

**5.16 Exemption**

5.16.1 Début d'exemption ► 5.16.2 Date de début d'exemption \_\_\_\_\_ A M J ► Conserver au dossier du cadre la preuve de l'existence de l'assurance permettant l'exemption.

5.16.3 Fin d'exemption ► 5.16.4 Date de la fin d'exemption \_\_\_\_\_ A M J ► Conserver au dossier du cadre la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.

**5.17 Commentaires**

### 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, 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 : \_\_\_\_\_ A M J 6.2 Signature de la personne adhérente : \_\_\_\_\_

Pour votre personne conjointe 6.3 Date : \_\_\_\_\_ A M J 6.4 Signature de la personne conjointe : \_\_\_\_\_

### 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 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 : \_\_\_\_\_ A M J 7.2 Signature de la personne adhérente \_\_\_\_\_

### 8 Section SSQ

N° groupe	N° certificat						En vigueur _____ A M J			Classe	Adhérent sélection Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
	MAL.	FRAIS DENT.	I.H.	R.I.P.	VIE	M.M.A.	VIE P.À.C.	M.M.A. CONJOINT	VIE M.M.A. ENFANTS		RENTES SURV.	
BASE												
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.

## STATUT D'ENGAGEMENT

### Note 2

Lorsqu'il s'agit d'une demande d'adhésion, joindre à la copie jaune pour la CARRA, selon le secteur concerné, la lettre d'engagement, l'acte de nomination, l'acte de titularisation ou la lettre de nomination. Ces documents doivent être envoyés à l'adresse suivante :

Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances

Direction des opérations  
475, rue Saint-Amable  
Québec (Québec) G1R 5X3

Si des informations additionnelles sont requises au sujet du formulaire ou des documents à joindre, veuillez contacter un agent de rente à l'un des numéros de téléphone suivants :

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

### Note 3

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.

## NOUVEAU POSTE

### Note 4

Si l'employeur est une association de cadres, de hors-cadres ou d'employeurs, ou si la personne est à l'emploi d'un employeur dont le personnel n'est pas nommé selon la Loi sur la fonction publique, veuillez joindre à votre formulaire :

- la description de votre emploi
- votre organigramme