

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
1.8 État civil (compléter la section 4 s'il y a lieu)			1.9.1 Travaillez-vous chez 2 employeurs ou plus? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		
Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>			1.9.2 Si oui, noms des employeurs		
Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/>			1.10.1 Occupez-vous un autre poste ou une autre fonction chez l'employeur? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		
1.11 Date de naissance	1.12 Sexe	1.13 Communication			
A M J	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fr. <input type="checkbox"/> Ang. <input type="checkbox"/>			
1.15 Événement justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement (Pour la cohabitation, indiquer la date de début)					
1. COHABITATION <input type="checkbox"/> → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant					
2. MARIAGE <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"/>					

2 Régimes

	2A - Adhésion				2C - Changement			
	IND	MONO	FAM	EXEMPTION*	IND	MONO	FAM	EXEMPTION*
2.1 RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE D'ACCIDENT MALADIE	2.A.1	2.A.2	2.A.3	2.A.4	2.CA.1	2.CA.2	2.CA.3	2.CA.4
2.2 RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE VIE (incluant l'assurance vie et la mitigation par accident de l'adhérent, du conjoint et des personnes à charge)	OBLIGATOIRE							
2.3 RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	OBLIGATOIRE							
2.4 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (RCO)	OBLIGATOIRE							
2.5 RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE** (Voir note 1 au verso)	AUGMENTER A**				RÉDUIRE A			
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.CA.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.CA.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

Je désigne comme bénéficiaire (au décès) :

3.1 Succession de la personne adhérente ou

3.2 Bénéficiaire révocable 3.3 Bénéficiaire irrévocable

3.4 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.

1 Conjoint(e) 6 Conjoint(e)-fils-filles 2 Fils-filles

3 Père-mère 4 Frère-soeur 5 Autre

(nom et prénom du bénéficiaire)

4 Désignation de la personne conjointe

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

5 Employeur

5.1 N° de paye		5.2 N° employeur CARRA		5.3 Reçu de l'employé		5.4 Date de nomination		5.5 N° groupe SSQ			
A M J		A M J		A M J		A M J		A M J			
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 <input type="checkbox"/>					5.11.7 Si temporaire admissible, durée de l'engagement :						
5.11.2 Temporaire admissible <input type="checkbox"/>					5.11.4 Temps plein <input type="checkbox"/>						
5.11.3 Occasionnel <input type="checkbox"/>					5.11.5 Temps partiel <input type="checkbox"/> 5.11.6 _____ %						
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											
5.12.4 Classe salariale 5.12.5 Échelle salariale (organisme) Min Max Max au mérite											
5.13 Poste déjà validé <input type="checkbox"/> Non 5.13.1 Si non = nouveau poste (Compléter le verso de la copie jaune pour la CARRA)											
<input type="checkbox"/> Oui 5.13.2 Si oui, remplacé qui : 5.13.3 NAS											
5.13.4 Parti le : 5.13.5 Raison du départ :											
5.14 Je certifie que les renseignements sont exacts et complets											
5.14.1 Identification de la personne ayant rempli le formulaire :					5.14.4 Nom et prénom du représentant autorisé de l'employeur						
Nom et prénom en lettres moulées					5.14.5 Date :						
5.14.2 Date :					5.14.6 Signature du représentant autorisé de l'employeur (voir note 3 au verso)						
5.14.3 N° tél. : () - Poste :											
5.15 Exemption											
<input type="checkbox"/> 5.15.1 Début d'exemption 5.15.2 Date de début d'exemption											
<input type="checkbox"/> 5.15.3 Fin d'exemption 5.15.4 Date de la fin d'exemption											
5.16 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					Pour votre personne conjointe						
6.1 Date :					6.3 Date :						
6.2 Signature de la personne adhérente :					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 :					7.2 Signature de la personne adhérente						
8 Section SSQ											
N° groupe		N° certificat				En vigueur		Classe		Adhérent sélection	
A M J		A M J		A M J		A M J		A M J		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
MAL.	FRAIS DENT.	I.H.	R.I.P.	VIE	M.M.A.	VIE P.A.C.	M.M.A. CONJOINT	VIE M.M.A. ENFANTS	RENTES SURV.		
BASE											
ADD.											
Adhérent fumeur <input type="checkbox"/>	Conjoint fumeur <input type="checkbox"/>	Codifié par	le							Code certificat	

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 ou de titularisation ou la lettre de nomination.

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

Dossier et renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels consignés à votre sujet, SSQ, Société d'assurance-vie inc. constitue un dossier d'assurance et de rente dans lequel sont versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ou de rente 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 conservé dans les bureaux de l'entreprise à Sainte-Foy.

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: SSQ, Société d'assurance-vie inc., Case postale 10500, Sainte-Foy, Québec G1V 4H6, à l'attention de :

- Responsable de l'accès à l'information.

NOUVEAU POSTE

DESCRIPTION SOMMAIRE DE LA FONCTION EXERCÉE

(À remplir uniquement 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*).

Décrivez en quelques lignes les principales responsabilités de l'employé :

Toutes les conditions de travail (salaire, assurances, régime de retraite, etc.) qui s'appliquent pour ce poste sont-elles celles qui s'appliquent aux membres du personnel d'encadrement?

Oui Non

Combien de personnes sont sous la supervision directe de l'employé? _____