

1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE									
Nom			Prénom			N° d'assurance sociale			
2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX									
Adresse									
Code postal									
N° tél. au travail		N° tél. à la résidence		Date de naissance		Sexe		Communication	
				A A A A A M M J J J		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	
DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE									
Nom			Prénom			Date de naissance		Sexe	
						A A A A A M M J J J		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
3 RÉGIMES									
					Adhésion		Changement		
					* La portion de la section 5 relative à l'exemption doit être remplie par l'employeur.		Je désire apporter une modification à ma protection ou à mon régime et mon nouveau choix est le suivant :		
1 RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE – OBLIGATOIRE									
IND MONO FAM EXEMPTION IND MONO FAM EXEMPTION									
MALADIE 1 <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 2 (Durée minimale de participation : 12 mois) <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 3 (Durée minimale de participation : 24 mois) <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"/>									
(Vous devez choisir un seul de ces régimes – voir note 1 au verso)									
2 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 1 – FACULTATIF si retenu par le groupe									
(assurance soins dentaires) <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"/>									
(Durée minimale de participation : 48 mois – voir note 2 au verso)									
3 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 2 – OBLIGATOIRE									
(assurance salaire de longue durée) <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"/>									
4 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 3 (voir note 4 au verso)									
A) ASSURANCE VIE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE					Je souhaite mettre fin à cette protection et je respecte le délai prévu pour utiliser mon droit de retrait du montant minimal obligatoire de 10 000 \$				
- premiers 10 000 \$ obligatoire avec droit de retrait					<input checked="" type="checkbox"/> 10 000 \$ adhésion automatique				
					<input type="checkbox"/> Je renonce (au montant de 10 000 \$)				
Choix du montant de protection total (incluant les premiers 10 000 \$)					Choix du nouveau montant de protection :				
<input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> 125 000 \$ <input type="checkbox"/> 200 000 \$					<input type="checkbox"/> 10 000 \$ <input type="checkbox"/> 100 000 \$ <input type="checkbox"/> 200 000 \$				
<input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 150 000 \$ <input type="checkbox"/> 225 000 \$					<input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> 125 000 \$ <input type="checkbox"/> 225 000 \$				
<input type="checkbox"/> 75 000 \$ <input type="checkbox"/> 175 000 \$ <input type="checkbox"/> 250 000 \$					<input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 150 000 \$ <input type="checkbox"/> 250 000 \$				
<input type="checkbox"/> 100 000 \$					<input type="checkbox"/> 75 000 \$ <input type="checkbox"/> 175 000 \$				
B) ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE					Je souhaite ajouter cette protection				
<input type="checkbox"/> Je désire cette protection					<input type="checkbox"/> Je souhaite mettre fin à cette protection				
C) ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE					Choix du nouveau montant de protection :				
(Disponible uniquement si vous participez à B) ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE)					<input type="checkbox"/> 10 000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 80 000 \$				
					<input type="checkbox"/> 20 000 \$ <input type="checkbox"/> 60 000 \$ <input type="checkbox"/> 90 000 \$				
					<input type="checkbox"/> 30 000 \$ <input type="checkbox"/> 70 000 \$ <input type="checkbox"/> 100 000 \$				
					<input type="checkbox"/> 40 000 \$				
					<input type="checkbox"/> Je souhaite mettre fin à cette protection				
ÉVÉNEMENT justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement									
(Pour la cohabitation, indiquez la date de début) A A A A A M M J J J (Remplir la désignation de personne conjointe, s'il y a lieu)									
1. COHABITATION <input type="checkbox"/> → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant									
(Vie maritale) → 1.2 Date de début de cohabitation A A A A A M M J J J									
2. MARIAGE OU UNION CIVILE <input type="checkbox"/> 7. DIVORCE <input type="checkbox"/>									
3. ADOPTION <input type="checkbox"/> 8. CESSATION DE L'ASSURANCE <input type="checkbox"/>									
4. NAISSANCE <input type="checkbox"/> DE LA PERSONNE CONJOINTE <input type="checkbox"/>									
5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT <input type="checkbox"/> 9. OBTENTION D'UN STATUT <input type="checkbox"/>									
6. SÉPARATION <input type="checkbox"/> D'ENGAGEMENT RÉGULIER <input type="checkbox"/>									
4 BÉNÉFICIAIRE									
Nom du ou des bénéficiaires :									
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-soeurs (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 légal est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révocable.									

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



5 Employeur											
Nom de l'organisme					N° d'établissement			N° de groupe			
								J			
N° d'employé(e)		Date de l'emploi		Date d'admissibilité		Reçu de l'employé(e)		Date de la signature du contrat			
Absence du travail?					Statut d'engagement		Catégorie d'employé(e)				
Est-ce que la personne adhérente est présentement absente du travail?					Temps plein <input type="checkbox"/>		Enseignant(e) <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, raison					Temps partiel <input type="checkbox"/>		Infirmier(ière) <input type="checkbox"/>				
Date du début de l'absence							Soutien <input type="checkbox"/>				
La personne adhérente :					▶ % du temps plein		Professionnel(le) <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> a maintenu sa participation <input type="checkbox"/> a suspendu sa participation (sauf le régime maladie 1)							Soutien (Ch. 10, éducation aux adultes) <input type="checkbox"/>				
Je certifie que les renseignements sont exacts et complets.							Autre <input type="checkbox"/>				
Date							SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE (comme si 100 % du temps plein)				
N° tél.					Poste		\$ / année				
Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées)							Réservé secteur santé				
Signature du représentant de l'employeur							Pendant la période de référence, cette personne adhérente a travaillé 25 % ou moins du temps complet et a décidé de :				
							<input type="checkbox"/> participer aux régimes d'assurance vie et d'assurance salaire de la convention collective.				
							<input type="checkbox"/> de ne pas participer aux régimes d'assurance vie et d'assurance salaire de la convention collective.				
Exemption du régime d'assurance maladie											
<input type="checkbox"/> Début d'exemption					→ Conserver la preuve de l'existence d'une assurance permettant l'exemption.						
<input type="checkbox"/> Fin d'exemption					Date de la fin d'exemption						
					→ Fournir la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.						
Raison :											
Remarques											
6 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, à 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.											
Date : A A A A A M M J J J					Signature de la personne adhérente						
7 SECTION SSQ											
N° groupe		N° certificat			En vigueur			Classe		Adhérent sélection	
J					A A A A A M M J J J					Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
MAL.		FRAIS DENT.		I.H.		R.I.P.		VIE		M.M.A.	
								VIE		M.M.A.	
BASE								P.A.C.		CONJOINT	
ADD.										ENFANTS	
										RENTES SURV.	
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"/>										A A A A A M M J J J	