

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	
Ancien établissement du réseau de la santé et des services sociaux				Date de départ A M J	
1.6 Code postal	1.7 N° tél. à la résidence	1.11 Date de naissance A M J		1.12 Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	1.13 Communication Fr. <input type="checkbox"/> Ang. <input type="checkbox"/>
1.9.1 Travaillez-vous chez 2 employeurs ou plus? Non <input type="checkbox"/> Oui <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"/>			
1.9.2 Si oui, noms des employeurs		1.10.2 Si oui, titre ou fonction :			
		1.10.3 Êtes-vous en congé sans traitement? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>			
		1.14.1 Êtes-vous déjà assuré(e) par SSQ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		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 <input type="checkbox"/> Oui <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) A M J **(Compléter la section 4 s'il y a lieu)**

1. COHABITATION (Vie maritale) <input type="checkbox"/>	→ 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant A M J	4. NAISSANCE <input type="checkbox"/>	8. CESSATION DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE. <input type="checkbox"/>
2. MARIAGE <input type="checkbox"/>		5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT <input type="checkbox"/>	
3. ADOPTION <input type="checkbox"/>		6. SÉPARATION <input type="checkbox"/>	
		7. DIVORCE <input type="checkbox"/>	

2 Régimes

2A - Adhésion

2C - Changement

• Vous devez choisir un des statuts de protection suivants :

	IND 2.A.1	MONO 2.A.2	FAM 2.A.3	EXEMPTION * 2.A.4
2.1 RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE VIE (incluant l'assurance vie et la mutilation 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 en page 3)				
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)			
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)			

* 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 (Remplir seulement si vous demandez de l'assurance vie additionnelle pour la personne conjointe.)

4.1 Nom	4.2 Prénom	4.3 Date de naissance A M J	4.4 Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
---------	------------	-----------------------------	--



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 (Voir note 5 en page 4) 5.5.1 N° SSQ 5.5.2 N° CISSS ou CIUSSS (SSS)
----------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------------------	--

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 CIUSSS DE L'ESTRIE - CHUS
---------------	---------------------------	----------------------------	--------------------------------	---

5.11 Statut d'engagement (Voir note 2 en page 3)

5.11.1 Permanent <input type="checkbox"/>	5.11.4 Temps plein <input type="checkbox"/>
5.11.2 Temporaire admissible <input type="checkbox"/>	5.11.5 Temps partiel <input type="checkbox"/>
5.11.3 Occasionnel <input type="checkbox"/>	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

5.15.2 Date : A M J

5.15.3 N° tél.: () - Poste : _____

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) _____

5.16 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 (Remplir seulement si vous demandez de l'assurance vie additionnelle pour vous ou pour la personne conjointe.)

«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				Classe		Adhérent sélection			
	MAL.	FRAIS DENT.	I.H.	R.I.P.	VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	RENTE	SURV.	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
BASE							P.A.C.	CONJOINT			ENFANTS					
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

1 866 627-2505



postes 2382 ou 2383

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

NUMÉROS DE GROUPE POUR LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Note 5

Dans le cadre de l'application de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (Loi 10), les employeurs du secteur de la santé et des services sociaux devront indiquer, pour la période de transition, le numéro de groupe utilisé habituellement pour les échanges avec SSQ (case 5.5.1) ET le numéro du nouvel établissement regroupé (CISSS ou CIUSS) (case 5.5.2).

La case 5.5.2 s'adresse donc UNIQUEMENT aux employeurs du secteur de la santé et des services sociaux (SSS).

Voici la liste des n° de groupes CISSS ou CIUSSS

N° CISSS ou CIUSSS	Nom du nouvel établissement regroupé
ZA010	CISSS du Bas-Saint-Laurent
ZA020	CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean
ZA030	CIUSSS de la Capitale-nationale
ZA040	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
ZA050	CIUSSS de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
ZA060	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
ZA070	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
ZA080	CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal
ZA090	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
ZA100	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
ZA110	CISSS de l'Outaouais
ZA120	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue
ZA130	CISSS de la Côte-Nord
ZA140	CISSS de la Gaspésie
ZA150	CISSS des Îles
ZA160	CISSS de Chaudière-Appalaches
ZA170	CISSS de Laval
ZA180	CISSS de Lanaudière
ZA190	CISSS des Laurentides
ZA200	CISSS de la Montérégie-Centre
ZA210	CISSS de la Montérégie-Est
ZA220	CISSS de la Montérégie-Ouest