



## INFORMATIONS ESSENTIELLES POUR COMPLÉTER VOTRE FORMULAIRE D'ADHÉSION SSQ Groupe financier Syndicat APES Pharmaciens

1. Le formulaire d'adhésion à l'assurance collective doit être rempli **OBLIGATOIREMENT** que vous soyez déjà couvert(e) par une assurance ou non.

Voici les 2 situations possibles :

<u>Situation 1</u>	<u>Situation 2</u>
Je suis actuellement couvert(e) par un autre employeur, ou par l'assurance de mon conjoint ou celle de mes parents	Je suis assuré(e) par la RAMQ ou je ne suis pas couvert(e) par un autre assureur, je dois donc adhérer à l'assurance
<p>Vous devez remplir le formulaire d'assurance en cochant la case « <b>Exemption</b> ». (voir exemple dans la section adhésion du formulaire)</p> <p>ET</p> <p>Vous devez fournir les preuves de l'existence de cette assurance, soit une :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ photocopie de la carte d'assurance</li> <li style="text-align: center;">OU</li> <li>✓ photocopie du certificat d'assurance</li> <li style="text-align: center;">OU</li> <li>✓ lettre de confirmation de l'employeur</li> </ul>	<p>Vous devez remplir le formulaire d'assurance et annuler l'assurance pour laquelle vous êtes inscrit(e) :</p> <p>Si vous êtes couvert(e) par le contrat d'un autre établissement du réseau de la santé* et que votre lien d'emploi est toujours maintenu (liste de rappel), vous devez aviser l'autre employeur pour la procédure à suivre afin de mettre fin à l'assurance selon la date de prise d'effet de la période d'admissibilité du nouveau contrat.</p> <p>Si vous êtes inscrits à la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) vous devez obligatoirement vous désactiver de ce programme (voir dépliant Service PRASE – Assurances collectives)</p> <p><i>*Toutefois, si vous avez donné votre démission écrite chez un autre employeur du réseau de la santé, svp nous indiquer la date de fin de lien d'emploi, puisque si votre départ est à l'intérieur de 30 jours, vous êtes admissible dès votre date d'embauche.</i></p>
<p>A noter que dans les deux situations vous devez <b>OBLIGATOIREMENT</b> remplir le formulaire d'adhésion qui vous sera remis lors de votre journée d'accueil et retourner le tout dans les 7 jours suivants votre embauche.</p> <p><b>Après ce délai, le régime d'assurance obligatoire sera inscrit à votre dossier avec une protection minimale individuelle, tel que stipulé à la brochure d'assurance disponible sur le site web du PRASE.</b></p>	

## Comment déterminer le statut du contrat d'assurance

Le statut du contrat d'assurance est généralement déterminé par les personnes à assurer :

**Individuel** : la personne salariée uniquement est assurée.

**Monoparental** : la personne salariée et ses enfants sont assurés (particularités selon le contrat de l'assureur).

**Familial** : la personne salariée, ainsi que son conjoint et les enfants à sa charge sont assurés.

### Qu'est-ce qu'une personne à charge

**Un conjoint**, c'est-à-dire une personne mariée ou unie civilement à une autre personne.

**Un conjoint de fait**, c'est-à-dire une personne qui cohabite depuis au moins un an avec une autre personne. Deux personnes sont considérées comme conjoints de fait immédiatement si un enfant naît de leur union.

**Un enfant** :

- un enfant âgé de moins de 18 ans;
- un enfant est aussi considéré à charge s'il est âgé de moins de 26 ans et qu'il étudie à temps complet dans un établissement d'enseignement reconnu (des preuves de fréquentation scolaire devront être fournies à l'assureur chaque session);
- un enfant est également considéré à charge s'il est âgé de 18 ans et plus et qu'il est atteint d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle.

## 2. Si je suis retraité, est-ce que j'ai accès à l'assurance collective?

<b>Situation 1</b> Je suis retraité(e) <b>et je bénéficie du régime de retraite RREGOP</b> (réseau de la santé, de l'éducation et Fonction publique)	<b>Situation 2</b> Je suis retraité, mais je ne bénéficie pas du régime de retraite RREGOP (réseau de la santé, de l'éducation et Fonction publique)
Vous n'êtes plus admissible à l'assurance collective.  <b>IMPORTANT : Veuillez nous retourner votre formulaire avec l'information à l'effet que vous êtes une personne retraitée de retour au travail.</b>	Veuillez compléter le formulaire d'adhésion et nous l'acheminer <b>dans les 7 jours</b> suivants votre embauche.  Si vous êtes inscrits à la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) vous devez obligatoirement vous désactiver de ce programme (voir dépliant Service PRASE – Assurances collectives)

## 3. Où et comment retourner mon formulaire d'assurance?

Vous avez 4 façons de nous retourner le formulaire :

- Par télécopieur au 819 780-1821
- Par courriel au [prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca](mailto:prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca) (photo du formulaire acceptée)
- Remettre le formulaire (et preuve d'assurance, si applicable) lors de votre journée d'accueil
- Par la poste à l'adresse mentionnée en bas de page

**Pour toute question, veuillez communiquer avec le secteur des assurances collectives (PRASE) au 819 780-2220, poste 47777, option 1.**

**1 Renseignements généraux - Personne adhérente**

Nom  Prénom  N° d'assurance sociale   
Adresse  N° tél. au travail   
 Code postal  N° tél. à la résidence

Travaillez-vous dans 2 établissements ou plus? Non  Oui   
Si oui, noms des établissements

Date de naissance  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 (Pour la cohabitation, indiquer la date de début) (Pour les points 1 à 7)  
1. COHABITATION \*  → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant  3. ADOPTION \*  6. SÉPARATION \*   
2. MARIAGE OÙ UNION CIVILE  4. NAISSANCE  7. DIVORCE \*   
5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT  \* Complétez la section 4 s'il y a lieu.

**2 Régimes**

Régime	Adhésion				Changement			
	IND	MONO	FAM	EXEMPTION*	IND	MONO	FAM	EXEMPTION*
<b>1 RÉGIME DE BASE D'ASSURANCE MALADIE (OBLIGATOIRE)</b> (voir note 1 au verso) Maladie Régulier Maladie Plus (Durée minimale de participation de 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"/>
<b>2 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I (OBLIGATOIRE)</b> (voir note 2 au verso) a) Assurance frais dentaires b) Assurance salaire de longue durée c) Assurance vie de l'adhérent (1 fois le salaire)	<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>3 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE II (FACULTATIF)</b> (voir notes 2 et 3 au verso) a) Assurance vie supplémentaire de l'adhérent (1 à 3 fois le salaire) b) Assurance vie des personnes à charge c) Assurance vie supplémentaire du conjoint (5 à 20 tranches de 5 000\$)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voir combinaisons de statut de protection possibles au verso du formulaire.

Dans la section 2, cochez la case correspondant au choix dans la sous-section **Adhésion**.  
Si vous souhaitez obtenir une exemption du régime d'assurances, veuillez fournir une copie de votre preuve d'assurance active (copie de la carte ou du certificat).  
À NOTER que si vous adhérez à la garantie de base médicament, le complémentaire 1 devient obligatoire avec possibilité de combinaison de statut tel que décrit au tableau du formulaire original.

**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-Sœurs (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  Sexe M  F

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

**5 Employeur**

Nom de l'organisme  N° d'établissement  N° de groupe   
N° d'employé  Date d'embauche  Date d'admissibilité  Reçu de l'employé   
STATUT D'ENGAGEMENT ET DÉLAI D'ADMISSIBILITÉ

**Admissibilité :**  
Employé temps partiel : 1 mois pour la base médicament et 3 mois pour les options.  
Employé temps complet : 1 mois de la date d'embauche.

**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   
La personne adhérente :  
 a maintenu sa participation  a suspendu sa participation (sauf le régime d'assurance maladie)

**DIMINUTION DE PROTECTION**  
Date de prise d'effet de la diminution

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

**Exemption**  
 Début d'exemption ► Date de début d'exemption   
 Fin d'exemption ► Date de la fin d'exemption

Si vous avez adhéré à l'assurance-vie additionnelle seulement.

**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:  Signature de la personne adhérente:   
Date:  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 SSQ 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.  
Date:  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.	RENTE SURV.	Oui
BASE													
ADD.													

## 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
Assurance maladie (Maladie Régulier ou Maladie Plus)	I	M	F	E
Complémentaire I – Assurance frais dentaires	I	I ou M	I, M ou F	I, M, F ou E

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

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 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 et ses enfants à charge (des preuves d'assurabilité pourraient être exigées).

### Assurance vie – Ajout ou retrait

Dans la colonne « j'ajoute » ou « j'enlève », 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 » de la colonne « j'enlève », nous retrancherons 1 unité de salaire de votre montant d'assurance vie additionnelle. Cette procédure est la même pour le montant d'assurance vie additionnelle du conjoint.

## CHOIX DE PROTECTION (suite)

### 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](http://ssq.ca).