



INFORMATIONS ESSENTIELLES POUR REMPLIR VOTRE FORMULAIRE D'ADHÉSION

SSQ Groupe financier Personnel d'encadrement

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 couverte par un autre assureur, je dois donc adhérer à l'assurance
<p>Vous devez remplir le formulaire d'assurance en cochant la case « Exemption ». (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"> ✓ photocopie de la carte d'assurance <li style="text-align: center;">OU ✓ photocopie du certificat d'assurance <li style="text-align: center;">OU ✓ lettre de confirmation de l'employeur <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>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 de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) vous devez obligatoirement vous désactiver de ce programme (voir dépliant Service PRASE – Assurances collectives)</p>

A noter que dans les deux situations vous devez **OBLIGATOIREMENT** remplir le formulaire d'adhésion qui vous sera remis lors de votre journée d'accueil et retourner le tout dans les 14 jours suivant votre embauche.

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 PRASE.

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?

Situation 1 Je suis retraité(e) et je bénéficie du régime de retraite RRPE (réseau de la santé, de l'éducation et Fonction publique)	Situation 2 Je suis retraité, mais je ne bénéficie pas du régime de retraite RRPE (réseau de la santé, de l'éducation et Fonction publique)
Vous n'êtes plus admissible à l'assurance collective. Vous n'avez pas à compléter le formulaire d'adhésion aux assurances collectives.	Veuillez compléter le formulaire d'adhésion et nous l'acheminer dans les 14 jours suivant votre embauche. Si vous êtes inscrits à la Régie de l'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 3 façons de nous retourner le formulaire :

- Remettre le formulaire (si applicable : preuve d'assurance avec votre n° d'employé) lors de votre journée d'accueil
- Par la poste à l'attention de : Services aux cadres
Édifrice Murray
500, rue Murray
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6
- Par courriel à servicesauxcadres.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca (photo claire et complète du formulaire acceptée)

Assurez-vous d'écrire lisiblement.

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

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 _____
 1.6 Code postal _____ 1.7 N° tél. à la résidence _____ 1.11 Date de naissance _____ 1.12 Sexe _____ 1.13 Communication _____
 1.9.1 Travaillez-vous chez 2 employeurs ou plus? Non Oui 1.10.1 Occupez-vous un autre poste ou une autre fonction chez l'employeur? Non Oui
 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 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 _____ (Compléter la section 4 s'il y a lieu)
 (Pour la cohabitation, indiquer la date de début) _____
 1. COHABITATION → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant _____ 4. NAISSANCE 8. CESSATION DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE.
 (Vie maritale) _____ 5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT
 2. MARIAGE 6. SÉPARATION
 3. ADOPTION 7. DIVORCE

2 Régimes

2A - Adhésion

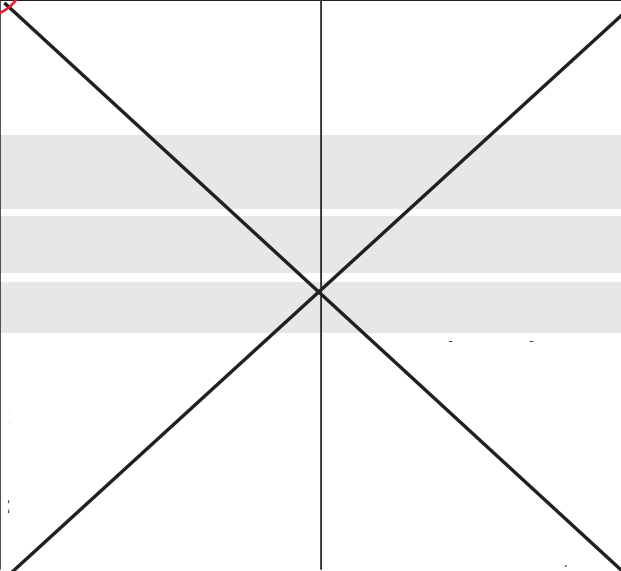
2C - Changement

Dans la section 2, cochez la case correspondant au choix dans la sous-section **2A-Adhésion**. Si vous souhaitez obtenir une exemption du régime d'assurance, veuillez fournir une copie de votre preuve d'assurance active.

2.1 RÉGIME OBLIGATOIRE D'...
 2.2 RÉGIME OBLIGATOIRE DE...
 2.3 RÉGIME OBLIGATOIRE DE...
 2.4 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE DE LONGUE DURÉE (RCO)
 2.5 RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE (Voir note 1 en page 3)
 a) Assurance vie additionnelle (le montant total de protection annuel) _____ fois le traitement annuel
 b) Assurance vie additionnelle du conjoint (le montant de protection choisi peut être de 1 à 10 tranches de 10 000 \$)

Choix de protection suivants :

IND	MONO	FAM	EXEMPTION *
2.A.1	2.A.2	2.A.3	2.A.4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBLIGATOIRE			
OBLIGATOIRE			
OBLIGATOIRE			
2.A.5 _____ fois (Indiquer le nombre total de fois désiré)			
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 _____ 4.4 Sexe _____



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 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 _____ Au _____

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 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 : _____ 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 : _____

5.15.3 N° tél.: (_____) _____ Poste : _____

5.15.4 Nom et prénom du représentant autorisé de l'employeur _____

5.15.5 Date : _____

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 _____

5.16.3 Fin d'exemption 5.16.4 Date de la fin d'exemption _____

5.17 Commentaires

À remplir seulement si vous avez adhéré à l'assurance vie additionnelle pour vous ou pour la personne conjointe.

6 Déclaration de personne non-fumeuse (R) _____

«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 : _____

6.2 Signature de la personne adhérente : _____

Pour votre personne conjointe

6.3 Date : _____

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	
		I.H.	R.I.P.	VIE	M.M.A.	P.A.C.		CONJOINT		ENFANTS		Non	Oui
BASE	MAL. FRAIS DENT.											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADD.													

Adhérent fumeur oui non
Conjoint fumeur oui non

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, 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