

SECTION PERSONNE ADHÉRENTE

**Identification de la personne adhérente**

Nom	Prénom	N.A.S.
-----	--------	--------

**Renseignements généraux**

Adresse		N° téléphone au travail	
Ville	Province	N° téléphone personnel	
Code postal	Courriel	Date de naissance année   mois   jour	Langue de communication <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Anglais
		Sexe <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	

**Bénéficiaire**

**OU** La somme assurée sera payable à ma succession   
**Je désigne comme bénéficiaire à mon décès :**

Nom(s) du(des) bénéficiaire(s): \_\_\_\_\_

**Lien de parenté avec la personne adhérente**  Conjoint(e) légal(e)  Conjoint(e) de fait  Conjoint(e) légal(e) et fils-filles  Conjoint(e) de fait et fils-filles  Fils-filles  Père-mère  Frères-soeurs  Autre

**Je choisis le statut \* :**  
 Révocable (la désignation peut être changée en tout temps)  
 Irrévocable (la désignation peut être changée seulement avec le consentement écrit du ou des bénéficiaire(s) nommé(s) irrévocable(s))

\*Au Québec, en l'absence de choix d'un statut, la désignation du conjoint **légal** sera inscrite irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire sera inscrite révocable.

**Signature de la personne adhérente**

J'AUTORISE MON EMPLOYEUR À DÉDUIRE DE MON SALAIRE LES PRIMES REQUISES EN VERTU DES PROTECTIONS QUE J'AI CHOISIES. 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 ÉGALEMENT QUE TOUTE FAUSSE DÉCLARATION PEUT ENTRAÎNER LA NULLITÉ DE LA PROTECTION. JE RECONNAIS AUSSI AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'AVIS AU VERSO CONCERNANT LES DOSSIERS ET LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET AVOIR CONSERVÉ COPIE DE LA PRÉSENTE DEMANDE.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

SECTION PERSONNE ADHÉRENTE

**Protections**

**Vous devez choisir un des types de protection suivants : (même s'il y a exemption)**

**Assurance maladie (et assurance vie des personnes à charge, s'il y a lieu)**      INDIVIDUELLE      FAMILIALE      MONOPARENTALE (1)      COUPLE (1)

                

Exemption assurance maladie  (l'exemption ne s'applique pas à l'assurance vie des personnes à charge)

**Assurance soins dentaires (s'il y a lieu)**                       

Exemption assurance soins dentaires

**Mort ou mutilation par accident (MMA) additionnelle (S'il y a lieu)**      ADHÉRENT(E)      CONJOINT(E)

Montant d'assurance Mort ou mutilation par accident (MMA) additionnelle demandé      \$      \$ (3)

**Assurance vie additionnelle (s'il y a lieu)**      ADHÉRENT(E)      CONJOINT(E)

Montant d'assurance vie additionnelle demandé      \$      \$ (2) (3)

**Identification de la personne conjoint(e) :**

NOM	PRÉNOM	SEXE <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	DATE DE NAISSANCE année   mois   jour
-----	--------	---	--

**Déclaration d'habitudes tabagiques**  
 Avant de déclarer que vous êtes un fumeur ou non-fumeur, veuillez lire la définition qui suit (toute fausse déclaration ou réticence peut entraîner la nullité de l'assurance collective de l'adhérent) :  
 « Pour être considéré non-fumeur, le déclarant ne doit pas avoir fumé ni en quelque occasion que ce soit au cours des douze (12) derniers mois aucun produit de tabagisme tel que cigarette, cigare, cigarillo ou pipe, ni consommé aucune drogue. » Dans tout autre cas, le déclarant est un fumeur aux fins du contrat d'assurance collective.  
 Il est entendu que l'assureur peut demander périodiquement une confirmation de statut de non-fumeur : l'adhérent ou son conjoint, doit alors être en mesure de répondre aux exigences en vigueur à cette date et retourner sa confirmation dans les 30 jours suivant la demande de l'assureur, faute de quoi, il perd son statut de non-fumeur et la réduction de prime qui s'y rattache cesse à compter de la date de la demande de l'assureur.

**ADHÉRENT(E) :** Non-fumeur  Fumeur       **CONJOINT(E) :** Non-fumeur  Fumeur

**NOTE (1) MONOPARENTALE, COUPLE :** Cette protection peut ne pas être disponible dans votre régime d'assurance collective. Veuillez vous référer à votre responsable des assurances.

**NOTE (2)** Ne pas tenir compte du montant d'assurance vie de base.

**NOTE (3)** Cette protection peut ne pas être disponible dans votre régime d'assurance collective. Veuillez vous référer à votre responsable des assurances.

SECTION ADMINISTRATEUR

**Administrateur du régime**

Nom de l'organisme auquel facturer					N° groupe	
N° d'employé(e)	N° de classe	Salaire annuel gagné \$	Date d'emploi année   mois   jour	Date d'admissibilité année   mois   jour	Demande remise par l'employé(e) à l'employeur année   mois   jour	

La personne adhérente est-elle admissible à un programme gouvernemental d'indemnité pour accidents du travail ?  Oui  Non

**Statut d'engagement**

Permanent   
 Temporaire       Temps plein       Temps partiel       Occupation \_\_\_\_\_

Je certifie que les renseignements sont exacts et complets.

\_\_\_\_\_      Nom et prénom en lettres moulées

\_\_\_\_\_      Date

\_\_\_\_\_      N° téléphone      N° poste      \_\_\_\_\_      Signature de l'administrateur

**Section SSQ**

N° groupe	N° certificat						En vigueur année   mois   jour			Classe		Adhérent sélection Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/>	
	MAL.	FRAIS DENT.	I.H.	R.I.P.	VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	RENTES SURV.		
							P.A.C.	CONJOINT	ENFANTS				
BASE													
ADD.													
Adhérent(e) fumeur(se)      OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>		Conjoint(e) fumeur(se)      OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>		Codifié par _____ le _____						Code certificat			

**Dossier et renseignements personnels**

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, SSQ, Société d'assurance-vie inc. constituera un dossier d'assurance et de rente dans lequel seront versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ou de rente ainsi que les renseignements relatifs à toute demande de prestations d'assurance.

Seuls les employés ou mandataires qui seront responsables de la sélection des risques, des enquêtes et des demandes de prestations ou toute autre personne que vous aurez autorisée ont accès à ce dossier.

Votre dossier sera 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., C.P. 10500, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec), G1V 4H6, à l'attention du responsable de l'accès à l'information.