REVENU QUÉBEC

# Déclaration pour la retenue d'impôt 2024

Vous devez remplir ce formulaire et le remettre à votre employeur ou au payeur pour qu'il détermine l'impôt à retenir sur les sommes qu'il vous verse. Avant de remplir ce formulaire, lisez attentivement la partie « Instructions ».

## 1 Renseignements sur l'employée ou l'employé ou sur la ou le bénéficiaire (écrivez en majuscules)

Nom de famille

Prénom

Numéro de l'employée ou de l'employé ou de la ou du bénéficiaire

Date de naissance
A A A A M M J J

Numéro d'assurance sociale

## 2 Montants des crédits d'impôt personnels

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Montant personnel de base.** Inscrivez 18 056 $. Si vous avez plus d'un employeur ou d'un payeur à la fois en 2024 et que vous avez déjà demandé à l'un d'eux de tenir compte de ce montant, passez à la ligne 10 et inscrivez-y 0 $. | | | | 1 | |
| **Montant transféré d'un conjoint à l'autre** | | | | | |
| Montant maximal pour conjoint | | 1a | **18 056 $** | | |
| Revenu imposable estimatif de votre conjoint pour 2024 | – | 1b | | | |
| Montant de la ligne 1a moins celui de la ligne 1b. Si le résultat est négatif, inscrivez 0. | = | | | + ▶ 2 | |
| **Montant pour personnes à charge** (grille de calcul 1) | | | | + 3 | |
| **Montant pour déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques** | | | | + 5 | |
| **Montant accordé en raison de l'âge ou pour personne vivant seule ou pour revenus de retraite** (grille de calcul 2) | | | | + 6 | |
| Additionnez les montants des lignes 1 à 6. | | | | = 7 | |
| **Montant pour prolongation de carrière** (grille de calcul 3) | | | | + 9 | |
| Additionnez les montants des lignes 7 et 9. **Montants des crédits d'impôt personnels** | | | | = 10 | |

## 3 Retenue supplémentaire d'impôt

| | | |
|---|---|---|
| Inscrivez le montant que vous désirez faire ajouter à la retenue d'impôt effectuée sur chaque paie. **Retenue supplémentaire d'impôt** | 11 | |

## 4 Déductions

Inscrivez les déductions dont votre employeur ou le payeur doit aussi tenir compte pour calculer la retenue d'impôt.

| | | |
|---|---|---|
| Déduction relative au logement pour particulier habitant une région éloignée reconnue | 14 | |
| Déduction pour une pension alimentaire qui n'est pas défiscalisée | + 15 | |
| Additionnez les montants des lignes 14 et 15 (notez que votre employeur ou le payeur divisera ce montant par le nombre de paies qui restent dans l'année). **Déductions** | = 19 | |

## 5 Exonération

Si vous demandez une exonération de la **retenue d'impôt** sur vos revenus d'emploi pour 2024, cochez la case 20. 20 ☐

## 6 Signature

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets.

Signature

Date

# Déclaration des crédits d'impôt personnels pour 2024

**Lisez la page 2 de ce formulaire avant de le remplir. Votre employeur ou payeur utilisera ce formulaire pour déterminer l'impôt à retenir.**

Remplissez ce formulaire en vous basant sur l'information qui correspond le mieux à votre situation.

Si vous ne remplissez pas ce formulaire, vos retenues d'impôt seront calculées uniquement en fonction du montant personnel de base estimé par votre employeur ou payeur selon le revenu qu'il vous paie.

| Nom de famille | Prénom et initiale(s) | Date de naissance (AAAA/MM/JJ) | Numéro d'employé |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Adresse | Code postal | **Réservé aux non-résidents**<br>Pays de résidence permanente | Numéro d'assurance sociale |
|---|---|---|---|
| | | | |

**1. Montant personnel de base** – Toute personne qui réside au Canada peut demander le montant personnel de base de 15 705 $. Toutefois, si votre revenu net de toutes provenances sera supérieur à 173 205 $ et que vous indiquez 15 705 $, vous pourriez avoir un solde dû dans votre déclaration de revenus et de prestations à la fin de l'année d'imposition. Si vous prévoyez avoir un revenu supérieur à 173 205 $, vous pouvez demander un montant partiel. Pour calculer ce montant, remplissez la section appropriée du formulaire TD1-WS, Feuille de calcul pour la déclaration des crédits d'impôt personnels pour 2024, et inscrivez le montant calculé ici. _____

**2. Montant canadien pour aidants pour enfants âgés de moins de 18 ans ayant une déficience** – Un seul des parents pourra demander le crédit de 2 616 $ pour chaque enfant ayant une déficience né en 2007 ou après, si l'enfant réside avec ses parents tout au long de l'année. Si l'enfant ne réside pas avec ses deux parents tout au long de l'année, le parent qui a droit au « Montant pour une personne à charge admissible » à la ligne 8 pourra aussi demander le montant canadien pour aidant naturel pour l'enfant. _____

**3. Montant en raison de l'âge** – Si votre revenu net pour l'année est de 44 325 $ ou moins et que vous avez 65 ans ou plus le 31 décembre 2024, inscrivez 8 790 $. Vous pouvez inscrire un montant partiel si votre revenu net pour l'année se situe entre 44 325 $ et 102 925 $. Pour calculer un montant partiel, remplissez la section de la ligne 3 du formulaire TD1-WS. _____

**4. Montant pour revenu de pension** – Si vous prévoyez recevoir durant l'année des paiements réguliers d'une caisse de retraite ou d'un régime de pension (sauf les prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, la pension de la Sécurité de la vieillesse ou le supplément de revenu garanti), inscrivez **le montant le moins élevé** : 2 000 $ ou le montant estimatif de vos revenus annuels de pension. _____

**5. Frais de scolarité (temps plein et temps partiel)** – Remplissez cette section si vous êtes un étudiant à l'université, au collège ou dans un établissement d'enseignement reconnu par Emploi et Développement social Canada et que vous paierez plus de 100 $ de frais de scolarité par établissement. Inscrivez le total de vos frais de scolarité que vous paierez si vous êtes un étudiant à temps plein ou partiel. _____

**6. Montant pour personnes handicapées** – Si vous demandez le montant pour personnes handicapées dans votre déclaration de revenus et de prestations en utilisant le formulaire T2201, Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées, inscrivez 9 872 $. _____

**7. Montant pour époux ou conjoint de fait** – Inscrivez la différence entre le montant de la ligne 1 (ligne 1 plus 2 616 $ si votre époux ou conjoint de fait a une **déficience**) et le revenu net estimatif de votre époux ou conjoint de fait pour l'année si les **deux** conditions suivantes sont remplies :

- vous subvenez aux besoins de votre époux ou de votre conjoint de fait qui demeure avec vous;
- le revenu net annuel de votre époux ou conjoint de fait pour l'année est inférieur au montant de la ligne 1 (ligne 1 plus 2 616 $ si votre époux ou conjoint de fait a une **déficience**).

Dans tous les cas, allez à la ligne 9 si votre époux ou conjoint de fait a une déficience et a un revenu net pour l'année de 28 041 $ ou moins. _____

**8. Montant pour une personne à charge admissible** – Inscrivez la différence entre le montant de la ligne 1 (ligne 1 plus 2 616 $ si votre personne à charge admissible a une **déficience**) et le revenu net estimatif de votre personne à charge admissible pour l'année si **toutes** les conditions suivantes sont remplies :

- vous **n'avez pas** d'époux ou de conjoint de fait, ou vous **avez** un époux ou un conjoint de fait qui ne vit pas avec vous, qui ne subvient pas à vos besoins et qui n'a pas besoin de vous pour subvenir à ses besoins;
- vous subvenez aux besoins d'une personne à charge qui vous est apparentée et qui vit avec vous;
- le revenu net de la personne à charge pour l'année est inférieur au montant de la ligne 1 (ligne 1 plus 2 616 $ si votre personne à charge admissible a une **déficience** et que vous **ne pouvez pas** demander pour cette personne le **montant canadien pour aidant naturel pour enfants âgés de moins de 18 ans**).

Dans tous les cas, allez à la ligne 9 si votre personne à charge a **18 ans ou plus**, a une **déficience** et a un revenu net pour l'année de 28 041 $ ou moins. _____

**9. Montant canadien pour aidant naturel pour une personne à charge admissible ou époux ou conjoint de fait** – Remplissez cette section si, à un moment quelconque de l'année, vous subvenez aux besoins d'une personne à charge admissible ayant une **déficience** (âgée de 18 ans ou plus) **ou** d'un époux ou d'un conjoint de fait ayant une **déficience** dont le revenu net pour l'année est 28 041 $ ou moins. Pour calculer un montant que vous pouvez inscrire ici, remplissez la section de la ligne 9 du formulaire TD1-WS. _____

**10. Montant canadien pour aidant naturel pour personnes à charge âgées de 18 ans ou plus** – Si, à un moment quelconque de l'année, vous subvenez aux besoins d'une personne de 18 ans ou plus ayant une **déficience** (**autre que** l'époux ou le conjoint de fait ou la personne à charge admissible pour laquelle vous avez demandé un montant à la ligne 9, ou pour laquelle vous avez pu demander un montant si leur revenu net pour l'année était moins que 15 705 $) dont le revenu net pour l'année est de 19 666 $ ou moins, inscrivez 8 375 $. Vous pouvez inscrire un montant partiel si son revenu net pour l'année est entre 19 666 $ et 28 041 $. Pour calculer un montant partiel, remplissez la section de la ligne 10 du formulaire TD1-WS. Cette feuille de travail peut également être utilisée pour calculer votre partie du montant si vous partagez ce montant avec un autre aidant naturel qui subvient aux besoins de la même personne à charge. Vous pouvez demander ce montant pour plus d'une personne à charge âgées de 18 ans ou plus ayant une déficience. _____

**11. Montants transférés de votre époux ou conjoint de fait** – Si votre époux ou conjoint de fait n'utilise pas en totalité certains de ses montants (frais de scolarité, montant en raison de l'âge, montant pour revenu de pension, montant pour personnes handicapées) dans sa déclaration de revenus et de prestations, inscrivez le montant qu'il n'utilise pas. _____

**12. Montants transférés d'une personne à charge** – Si une personne à votre charge n'utilise pas en totalité son montant pour personnes handicapées dans sa déclaration de revenus et de prestations, inscrivez le montant qu'elle n'utilise pas. Si votre enfant à charge ou un de vos petits-enfants à charge ou celui de votre époux ou conjoint de fait n'utilise pas en totalité ses frais de scolarité dans sa déclaration de revenus et de prestations, inscrivez le montant qu'il n'utilise pas. _____

**13. MONTANT TOTAL DE LA DEMANDE** – Additionnez les montants des lignes 1 à 12.
Votre employeur ou payeur utilisera ce montant pour déterminer l'impôt à retenir. _____

## Remplir le formulaire TD1

Remplissez ce formulaire **seulement** si **l'une** des situations suivantes s'applique a vous :

- vous avez un nouvel employeur ou un nouveau payeur et vous recevrez un traitement, un salaire, des commissions, des prestations d'assurance-emploi, une pension ou toute autre rémunération;
- vous voulez faire un changement aux montants déjà demandés (par exemple, le nombre de personnes à votre charge admissibles a changé);
- vous demandez une déduction pour les habitants de zones visées par règlement;
- vous voulez augmenter le montant d'impôt que vous faites retenir à la source.

Signez et datez votre formulaire, et remettez-le à votre employeur ou payeur.

## Plus d'un employeur ou payeur en même temps

☐ Si vous avez plus d'un employeur ou payeur en même temps et que vous avez déjà demandé des crédits d'impôt personnels dans un autre formulaire TD1 pour 2024, vous **ne pouvez pas** les demander de nouveau. Si votre revenu total de toutes provenances sera plus élevé que les crédits d'impôt personnels que vous avez déjà demandés sur un autre formulaire TD1, cochez cette case, inscrivez « 0 » à la Ligne 13 et ne remplissez pas les Lignes 2 à 12.

## Total des revenus est inférieur au montant total de la demande

☐ Si le total de vos revenus de **tous** vos employeurs et payeurs pour l'année est **inférieur** au montant inscrit à la ligne 13, cochez cette case. Votre employeur ou payeur ne retiendra pas d'impôt sur vos gains.

## Pour les non-résidents seulement (Cochez la case qui s'applique à vous.)

En tant que non-résident du Canada, est-ce que 90 % ou plus de votre revenu de toutes provenances est inclus dans le calcul de votre revenu imposable au Canada pour 2024?

☐ Oui (Remplissez la page précédente.)

☐ Non (Inscrivez « 0 » à la ligne 13 et ne remplissez pas les lignes 2 à 12 puisque vous n'avez pas droit aux crédits d'impôt personnels.)

Communiquez avec les demandes de renseignements relatives à l'impôt et aux non-résidents au **1-800-959-7383** si vous êtes incertain de votre statut de résidence.

## Déclaration provinciale ou territoriale des crédits d'impôt personnels

Vous devez aussi remplir un formulaire TD1 provincial ou territorial si le montant à la ligne 13 est supérieur à 15 000 $. Utilisez le formulaire TD1 de votre province ou territoire d'**emploi** si vous êtes un employé. Utilisez celui de votre province ou territoire de **résidence** si vous recevez une pension. Votre employeur ou payeur utilisera ce formulaire fédéral et le formulaire TD1 provincial ou territorial le plus récent pour déterminer l'impôt à retenir.

Votre employeur ou payeur retiendra l'impôt provincial ou territorial en vous accordant le montant personnel de base de la province ou du territoire si vous demandez le montant personnel de base **seulement**.

**Remarque** : Vous pourriez demander le montant pour enfants sur le formulaire TD1SK, Déclaration des crédits d'impôt personnels de la Saskatchewan pour 2024 si vous résidez en Saskatchewan et que vous avez des enfants âgés de moins de 18 ans en 2024. Par conséquent, vous voudrez peut-être remplir le formulaire TD1SK même si vous demandez **seulement** le montant personnel de base au recto du présent formulaire.

## Déduction pour les habitants de zones visées par règlement

Vous pouvez demander l'une des déductions suivantes si vous vivez au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest, au Yukon ou dans une autre zone **nordique** visée par règlement pendant plus de six mois consécutifs commençant ou finissant en 2024 :

- 11,00 $ pour chaque jour où vous vivez dans une zone nordique visée par règlement;
- 22,00 $ pour chaque jour où vous vivez dans une zone nordique visée par règlement si, durant cette période, vous maintenez et occupez une habitation et que vous êtes la seule personne de cette habitation à demander cette déduction.

$

Le montant pour la résidence d'un employé qui habite dans une zone **intermédiaire** visée par règlement est égal à 50 % du total des montants ci-dessus.

Pour en savoir plus, allez à **canada.ca/impots-habitants-regions-eloignees**.

## Impôt additionnel à retenir

Vous voudrez peut-être faire augmenter les retenues d'impôt si vous recevez d'autres revenus, y compris ceux qui ne proviennent pas d'un emploi (par exemple, prestations du RPC ou du RRQ ou pension de sécurité de la vieillesse). Il est possible que vous ayez moins d'impôt à payer lorsque vous remplir et envoyer votre déclaration de revenus et de prestations en faisant ce choix. Inscrivez le montant additionnel d'impôt que vous voulez que l'on retienne sur chaque paiement pour faire ce choix. Vous devrez remplir ce formulaire à nouveau si vous désirez modifier ce montant plus tard.

$

## Réduction des retenues d'impôt

Vous pouvez demander une réduction de vos retenues d'impôt à la source si vous avez droit à des déductions ou à des crédits d'impôt non remboursables qui ne figurent pas sur ce formulaire (par exemple, versements périodiques à un régime enregistré d'épargne-retraite (REER), frais de garde d'enfant, dépenses d'emploi, dons de bienfaisance, frais de scolarité et montant relatif aux études inutilisés qui proviennent de l'année précédente). Pour ce faire, remplissez le formulaire T1213, Demande de réduction des retenues d'impôt à la source, pour obtenir une lettre d'autorisation de votre bureau des services fiscaux. Remettez la lettre d'autorisation à votre employeur ou payeur. Vous n'avez pas besoin d'une lettre d'autorisation si votre employeur retient des cotisations à un REER sur votre salaire.

## Formulaires et publications

Pour obtenir nos formulaires et publications, allez à **canada.ca/arc-formulaires-publications** ou composez le **1-800-959-7775**.

Les renseignements personnels (y compris le NAS) sont recueillis et utilisés aux fins d'appliquer ou d'exécuter la Loi de l'impôt sur le revenu et des programmes et activités connexes incluant l'administration de l'impôt, des prestations, la vérification, l'observation et le recouvrement. Les renseignements recueillis peuvent être communiqués à une autre institution gouvernementale fédérale, provinciale, territoriale, autochtone ou étrangère dans la mesure où le droit l'autorise. Le défaut de fournir ces renseignements pourrait entraîner un paiement d'intérêts ou de pénalités, ou d'autres mesures. Selon la Loi sur la protection des renseignements personnels, les particuliers ont le droit à la protection, à l'accès et à la correction de leurs renseignements personnels ou de déposer une plainte auprès du Commissaire à la protection de la vie privée du Canada concernant le traitement de leurs renseignements personnels. Consultez le fichier de renseignements personnels ARC PPU 120 sur Renseignements sur les programmes et les fonds de renseignements en allant à **canada.ca/arc-renseignements-sur-les-programmes**.

## Attestation

J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets.

Signature _____ Date _____

**Faire une fausse déclaration constitue une infraction grave.**

**Service PRASE**
500, rue Murray, local 1418
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6
Téléphone : 819 780-2220, poste 47777, options 1-1
Sans frais : 1 855 780-2200, options 1 - 1
Télécopieur : 819 780-1821
www.csss-iugs.ca/prase
prase.remuneration.estrie@ssss.gouv.qc.ca

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Québec

# DOCUMENTS REQUIS POUR DÉTERMINER LE SALAIRE

| IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SALARIÉE | Matricule |
|---|---|
| Nom | Prénom |

## DOCUMENTS REQUIS POUR DÉTERMINER LE SALAIRE*

| Pour évaluation de la rémunération*<br>*Pour le personnel contractuel, veuillez remplir la fiche résumée de contrat (F-054). | Cochez si document(s) inclus | Cochez si document(s) à venir |
|---|---|---|
| • Attestations d'expérience incluant les renseignements suivants :<br>○ Nom de l'employeur<br>○ Titre d'emploi occupé<br>○ Date de début et de fin d'emploi<br>○ Nombre d'heures totales acquises par titre d'emploi occupé (statut Temps partiel)<br>○ Période(s) d'absence (date de début et de fin d'absence)<br>○ Signature de l'employeur | ☐<br>Nombre : _____ | ☐<br>Nombre : _____ |
| • Diplômes (si différents de ceux remis à l'entrevue) | ☐ | ☐ |
| • Relevés de notes (si différents de ceux remis à l'entrevue) | ☐ | ☐ |

## MISE EN GARDE

Lors de votre premier jour de travail, votre salaire se situe au **1er échelon de votre titre d'emploi**. C'est pourquoi vous devez nous faire parvenir vos diplômes et/ou relevés de notes ainsi que vos attestations d'expériences pertinentes acquises qui incluent tous les renseignements requis pour que nous puissions évaluer votre rémunération.

**À défaut de nous fournir ces documents dans les 60 jours civils suivant votre embauche, aucune rétroaction de paiement ne vous sera versée.**

Prenez note qu'aucun rappel ne sera effectué si vous avez omis de transmettre la documentation nécessaire.

**Reconnaissance des années de service réseau**

Vous pouvez faire reconnaître toutes les années de service accumulées dans le réseau de la santé et des services sociaux afin de déterminer votre quantum de congés annuels. Pour ce faire, vous devez fournir les attestations de travail ou d'expérience de vos anciens employeurs du réseau ne faisant pas partie du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

## RÉGIMES DE RETRAITE

Recevez-vous une prestation de retraite? ☐ **OUI** ☐ **NON**

Si vous cochez **Non**, veuillez passer à la section **Autres renseignements**.

Quel régime correspond à cette prestation? : ☐ RREGOP ☐ RRPE ☐ RRAS ☐ RRAPSC ☐ RRMSQ

☐ Autre (spécifiez) : _____

_____

Depuis quand recevez-vous cette prestation de retraite? _____

**Légende**

RREGOP : Régime de retraite du personnel employé du gouvernement et des organismes publics
RRPE : Régime de retraite du personnel d'encadrement
RRAS : Régime de retraite de l'administration supérieure
RRAPSC : Régime de retraite des agents de la paix en services correctionnels
RRMSQ : Régime de retraite des membres de la Sûreté du Québec

Si vous cotisez présentement à l'un des régimes de retraite mentionnés ci-haut chez un autre employeur et que vous prévoyez prendre votre retraite chez celui-ci, n'oubliez pas de faire une demande de retraite auprès de notre établissement, et ce, à la même date que chez l'autre employeur.

## AUTRES RENSEIGNEMENTS

**Cessation de la cotisation RRQ**

Si vous êtes une personne salariée âgée de 65 ans ou plus, mais de moins de 73 ans à la fin de l'année et qui reçoit une rente de retraite du Régime de rentes du Québec (RRQ), vous pouvez faire le choix de cesser de verser des cotisations au RRQ.

Si vous souhaitez cesser vos cotisations, veuillez remplir le formulaire Choix ou révocation du choix de cesser de verser des cotisations au Régime de rentes du Québec et le transmettre au Service de la paie (PRASE) par courriel à l'adresse prase.paie.estrie@ssss.gouv.qc.ca.

## SIGNATURE

☐ **J'atteste avoir pris connaissance des renseignements.**

Signature de la personne salariée : _____ Date : _____

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Québec

# RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE POUR LES MEMBRES DE L'APES – SSQ GROUPE FINANCIER

*Taux applicable du 1er juin 2024 au 31 mai 2025*

| CONTRAT P0590 | MALADIE RÉGULIER | MALADIE PLUS | COMPLÉMENTAIRE I | COMPLÉMENTAIRE II |
|---|---|---|---|---|
| ADMISSIBILITÉ | Temps complet permanent ou temps partiel permanent à 70 % et plus : 30 jours (1 mois de la date d'embauche)<br>AUTRES : 1 mois pour le plan Maladie Régulier et 3 mois pour les options | | | |
| DESCRIPTION SOMMAIRE | • Frais de médicaments 80 % ;<br>• Assurance voyage et annulation voyage ;<br>• Transport ambulancier ;<br>• Chambre semi-privée ;<br>• Fournitures médicales et quelques professionnels de la santé. | • Frais de médicaments 80 % ;<br>• IDEM à régulier avec plus de professionnels de la santé ;<br>• Bonification de la garantie de physiothérapeute ;<br>• Soins oculaires. | • Soins dentaires<br>**et** → assurance vie et assurance salaire longue durée | • Assurance vie conjoint et enfants ;<br>• Assurance vie additionnelle de l'adhérent ;<br>• Assurance vie additionnelle du conjoint. |
| COTISATION (PAR PÉRIODE DE 14 JOURS) | | | Soins dentaires<br>Ind. 14,16 $ / Mono. 26,09 $ / Fam. 38,93 $<br>S'ajoute les primes au prorata du salaire pour :<br>**Assurance vie** = 0,065 %<br>**Assurance salaire** = 0,444 % | **Voir dépliant**<br>**Assurance vie conjoint et enfants =**<br>Fam. : 0,28 $<br>Mono. : 0,07 $ |
| RÉGIME OBLIGATOIRE OU FACULTATIF | Obligatoire si vous êtes avec la RAMQ pour l'assurance médicaments | Facultatif<br>Participation obligatoire minimale de 24 mois | Obligatoire | Facultatif |
| DROIT D'EXEMPTION | Oui | Oui | Oui → pour soins dentaires et assurance salaire, voir conditions<br>Non → pour assurance vie | N/A |

**Salarié TC ou à plus de 70 % du TC**

| | Ind. | Mono. | Fam. | Ind. | Mono. | Fam. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Employé | **42,19 $** | **71.83 $** | **104,28 $** | **50,61 $** | **86,84 $** | **125,09 $** |
| Employeur | 4,78 $ | 11,94 $ | 11,94 $ | 4.78 $ | 11.94 $ | 11,94 $ |

**Salarié à moins de 70 % du TC**

| | Ind. | Mono. | Fam. | Ind. | Mono. | Fam. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Employé | **44,58 $** | **77,80 $** | **110,25 $** | **53.00 $** | **92,81 $** | **131,06 $** |
| Employeur | 2,39 $ | 5.97 $ | 5.97 $ | 2.39 $ | 5.97 $ | 5.97 $ |

**Note : ces primes ne comprennent pas la taxe de 9 %.**

**Pour toute information, veuillez communiquer avec le secteur des assurances collectives (PRASE) au numéro de téléphone sans frais : 1 855 780-2200, options 2 - 1.**

**Service PRASE**
500 Murray, local EM-0300
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6
Téléphone : 819 780-2220, poste 47777, options 2 - 1
Télécopieur : 819 780-1821
www.csss-iugs.ca/prase
prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca

*Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke*
Québec

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

### 1. Adhésion à l'assurance collective

Le formulaire d'adhésion à l'assurance collective doit être rempli **OBLIGATOIREMENT**, que vous soyez déjà couvert(e) par un autre régime d'assurances ou non.

Voici les 2 situations possibles :

| Situation 1<br>**Je suis actuellement couvert(e) par un autre employeur ou par le régime d'assurances de mon conjoint/mes parents.** | Situation 2<br>**Je suis actuellement couvert(e) par la** Régie de l'assurance maladie du Québec (**RAMQ) ou je ne suis pas couvert(e) par un autre assureur.** |
|---|---|
| Vous devez remplir le formulaire d'adhésion en cochant la case **Exemption** (voir exemple dans la section Adhésion du formulaire)<br>ET<br>Vous devez fournir une preuve de l'existence de cette protection, soit :<br>✓ une photocopie de la carte d'assurance;<br>OU<br>✓ une photocopie du certificat du régime d'assurances;<br>OU<br>✓ une lettre de confirmation de l'employeur. | Vous devez remplir le formulaire d'adhésion et résilier votre contrat d'assurance actuel, c'est-à-dire :<br>• 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.<br>• 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).<br>** Toutefois, si vous avez remis une preuve écrite de votre démission chez un autre employeur du réseau de la santé, veuillez nous indiquer la date de fin de lien d'emploi. Si votre départ est à l'intérieur de 30 jours, vous êtes admissible dès votre date d'embauche.* |
| *À 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 le retourner dans les 14 jours suivant votre embauche.*<br>*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, c'est-à-dire :

- **Individuel** : seulement la personne salariée est assurée.
- **Monoparental** : la personne salariée et ses enfants à charge sont assurés (particularités selon le contrat de l'assureur).
- **Familial** : la personne salariée, son conjoint et les enfants à charge sont assurés.

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

Le conjoint, le conjoint de fait ainsi que tout enfant à charge de la personne salariée sont considérés comme personne à charge.

- **Conjoint** : personne mariée ou unie civilement à la personne salariée.
- **Conjoint de fait** : personne qui cohabite depuis au moins un an avec la personne salariée. Deux personnes sont également considérées comme conjoints de fait immédiatement après la naissance d'un enfant issu de leur union.
- **Enfant** à charge :
  - personne âgée de moins de 18 ans;
  - personne âgée de moins de 26 ans et étudiant à temps complet dans un établissement d'enseignement reconnu (des preuves de fréquentation scolaire devront être fournies à l'assureur pour chaque session);
  - personne âgée de 18 ans et plus atteint d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle.

## 2. Accès à l'assurance collective pour le personnel retraité

| Situation 1<br>**Je suis à la retraite et je bénéficie du régime de retraite RREGOP**<br>(réseau de la santé, de l'éducation et Fonction publique) | Situation 2<br>**Je suis à la retraite, mais je ne bénéficie pas du régime de retraite RREGOP**<br>(réseau de la santé, de l'éducation et Fonction publique) |
|---|---|
| Vous n'êtes plus admissible à l'assurance collective.<br><br>**Vous n'avez pas à remplir le formulaire d'adhésion à l'assurance collective.** | Veuillez remplir le formulaire d'adhésion et nous l'acheminer **dans les 14 jours** suivant votre embauche.<br><br>Si vous êtes inscrits à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), vous devez obligatoirement vous désinscrire. (voir dépliant Service PRASE – Assurances collectives) |

## 3. Transmission du formulaire d'adhésion à l'assurance

Vous avez 4 façons de nous retourner le formulaire :

- par télécopieur au 819 780-1821;
- par courriel à l'adresse prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca (photo claire et complète du formulaire acceptée);
- par la poste à l'adresse suivante :
  Coordination paie, rémunération et avantages sociaux, secteur Assurances collectives
  500, rue Murray, local EM-0300
  Sherbrooke (Québec) J1G 2K6
- lors de votre journée d'accueil (remettre votre preuve d'assurance avec votre nº d'employé, si applicable).

**Assurez-vous d'écrire lisiblement.**

**Pour toute question, veuillez communiquer avec l'équipe Assurances collectives par téléphone au 819 780-2220, poste 47777, option 2 puis option 1.**

SSQ Groupe financier

# DEMANDE D'ADHÉSION ✓

**LA PERSONNE ADHÉRENTE DOIT REMPLIR LES SECTIONS 1-2-3-7 ET LES SECTIONS 4 ET 6 SI NÉCESSAIRE**
**L'EMPLOYEUR DOIT REMPLIR LA SECTION 5**
**LA SECTION 8 EST RÉSERVÉE À SSQ**

C.P. 10500, Succ. Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

## 1 Renseignements généraux - Personne adhérente

| Nom | Prénom | N° d'assurance sociale |
|---|---|---|
| Adresse | Code postal | N° tél. au travail |
| Ancien établissement du réseau de la santé et des services sociaux | Date de départ A M J | N° tél. à la résidence |

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

| Date de naissance A M J | Sexe | Communication | Êtes-vous déjà assuré(e) par SSQ? Non ☐ Oui ☐ |
|---|---|---|---|
| | M ☐ F ☐ | Fr. ☐ Ang. ☐ | Si oui, votre N° de certificat<br>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 les points 1 à 7)
(Pour la cohabitation, indiquer la date de **début**)

1. COHABITATION * (Vie maritale) → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant
2. MARIAGE OU UNION CIVILE *
3. ADOPTION *
4. NAISSANCE
5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT
6. SÉPARATION *
7. DIVORCE *

* Complétez la section 4 s'il y a lieu.

## 2 Régimes

| Régimes | Adhésion IND | Adhésion MONO | Adhésion FAM | Adhésion EXEMPTION* | Changement J'AJOUTE IND | J'AJOUTE MONO | J'AJOUTE FAM | J'AJOUTE EXEMPTION* | Changement J'ENLÈVE IND | J'ENLÈVE MONO | J'ENLÈVE FAM | J'ENLÈVE EXEMPTION* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1 RÉGIME DE BASE D'ASSURANCE MALADIE (OBLIGATOIRE)** (voir note 1 en page 3) | | | | | | | | | | | | |
| **Maladie Régulier** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | | | | | | | |
| **Maladie Plus (Durée minimale de participation de 24 mois)** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | | | | | | | |
| **2 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I (OBLIGATOIRE)** (voir note 2 en page 3) | | | | | | | | | | | | |
| **a) Assurance frais dentaires** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | | | | | | | |
| **b) Assurance salaire de longue durée** | OBLIGATOIRE | | | | | | | | | | | |
| **c) Assurance vie de l'adhérent** (1 fois le salaire) | OBLIGATOIRE | | | | | | | | | | | |
| **3 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE II (FACULTATIF)** (voir notes 2 et 3 en page 3) | | | | | | | | | | | | |
| **a) Assurance vie additionnelle de l'adhérent** (1 à 3 fois le le salaire) | _____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré) | | | | | | | | | | | |
| **b) Assurance vie des personnes à charge** | ☐ ADHÉRENT(E) ET ENFANTS | | | | | | | | | | | |
| **c) Assurance vie additionnelle du conjoint** (5 à 20 tranches de 5 000$) | _____ tranches de 5 000 $ (Indiquez le nombre total de fois désiré) | | | | | | | | | | | |

* La partie relative à l'exemp

Voir combinaisons de statut de protection possibles à la page 3.

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 (Remplir seulement si vous demandez l'assurance-vie.)

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) ☐

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 (Remplir seulement si vous prenez l'assurance-vie additionnelle pour la personne conjointe.)

| Nom | Prénom | Date de naissance année mois jour | Sexe M F |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

**DEMANDE D'ADHÉSION** ☑
**DEMANDE DE CHANGEMENT** ☐

S'EMPLOIE SANS CARBONE — ÉCRIRE FERMEMENT S.V.P.

## 5 Employeur

Nom de l'organisme: CIUSSS de l'Estrie - CHUS

N° d'établissement

N° de groupe: D

| N° d'employé | Date d'embauche | Date d'admissibilité | Reçu de l'employé |
|---|---|---|---|
| | A M J | A M J | A M J |

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.

ou plus ☐

autre que ☐
ladie (1 mois)

omplet au cours

**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 A M J

La personne adhérente:

☐ a maintenu sa participation ☐ a suspendu sa participation (sauf le régime d'assurance maladie)

☐ participer à l'assurance
☐ de cesser de participer à l'assurance
☐ ne pas participer à l'assurance

(Voir note 4 en page 4)

**DIMINUTION DE PROTECTION**

Date de prise d'effet de la diminution A M J

**SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE**
(comme si 100% du temps plein) _____ $ / année

Je certifie que les renseignements sont exacts et complets.

A M J
Date

Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées)

N° tél. ( ) _____ Poste _____

Signature du représentant de l'employeur

### Exemption

| | | ASSURANCE MALADIE | COMPLÉMENTAIRE I (FRAIS DENTAIRES) | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Début d'exemption ▶ | Date de début d'exemption A M J | ☐ | ☐ | ▶ conservez la preuve de l'existence de l'assurance permettant l'exemption. |
| ☐ Fin d'exemption ▶ | Date de la fin d'ex J | ☐ | ☐ | ▶ conservez la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption. |

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

### Remarques

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

## 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: A M J
Signature de la personne adhérente : _____

Date: A M J
Signature de la personne conjointe : _____

## 7 Signature

Retournez ce formulaire rempli et signé par courriel à **prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca**

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: A M J Signature de la personne adhérente : _____

## 8 Section SSQ

| N° groupe P | N° certificat | En vigueur A M J | Classe | Adhérent sélection Non ☐ Oui ☐ |
|---|---|---|---|---|

| | MAL. | FRAIS DENT. | I.H. | R.I.P. | VIE | M.M.A. | VIE P.À.C. | M.M.A. P.À.C. | VIE CONJOINT | M.M.A. CONJOINT | VIE ENFANTS | M.M.A. ENFANTS | RENTES SURV. | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BASE | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADD. | | | | | | | | | | | | | | | |

Adhérent fumeur oui ☐ non ☐
Conjoint fumeur oui ☐ non ☐

Codifié par _____ le année mois jour

Code certificat

Copie Blanche pour SSQ — Copie Jaune pour l'administrateur — Copie rose pour la personne adhérente

FV3135F (2016-10)

SSQ Groupe financier

# DEMANDE D'ADHÉSION ✔

**LA PERSONNE ADHÉRENTE DOIT REMPLIR LES SECTIONS 1-2-3-7 ET LES SECTIONS 4 ET 6 SI NÉCESSAIRE**
**L'EMPLOYEUR DOIT REMPLIR LA SECTION 5**
**LA SECTION 8 EST RÉSERVÉE À SSQ**

C.P. 10500, Succ. Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

## 1 Renseignements généraux - Personne adhérente

| Nom | Prénom | N° d'assurance sociale |
|---|---|---|
| Adresse | Code postal | N° tél. au travail |
| Ancien établissement du réseau de la santé et des services sociaux | Date de départ A M J | N° tél. à la résidence |

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

| Date de naissance A M J | Sexe | Communication | Êtes-vous déjà assuré(e) par SSQ? Non ☐ Oui ☐ |
|---|---|---|---|
| | M ☐ F ☐ | Fr. ☐ Ang. ☐ | Si oui, votre N° de certificat<br>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 les points 1 à 7)
(Pour la cohabitation, indiquer la date de **début**)

1. COHABITATION * (Vie maritale) → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant
2. MARIAGE OU UNION CIVILE *
3. ADOPTION *
4. NAISSANCE
5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT
6. SÉPARATION *
7. DIVORCE *

* Complétez la section 4 s'il y a lieu.

## 2 Régimes

| Régimes | Adhésion IND | Adhésion MONO | Adhésion FAM | Adhésion EXEMPTION* | Changement J'AJOUTE IND | J'AJOUTE MONO | J'AJOUTE FAM | J'AJOUTE EXEMPTION* | Changement J'ENLÈVE IND | J'ENLÈVE MONO | J'ENLÈVE FAM | J'ENLÈVE EXEMPTION* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1 RÉGIME DE BASE D'ASSURANCE MALADIE (OBLIGATOIRE)** (voir note 1 en page 3) | | | | | | | | | | | | |
| **Maladie Régulier** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | | | | | | | |
| **Maladie Plus (Durée minimale de participation de 24 mois)** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | | | | | | | |
| **2 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I (OBLIGATOIRE)** (voir note 2 en page 3) | | | | | | | | | | | | |
| **a) Assurance frais dentaires** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | | | | | | | |
| **b) Assurance salaire de longue durée** | OBLIGATOIRE | | | | | | | | | | | |
| **c) Assurance vie de l'adhérent** (1 fois le salaire) | OBLIGATOIRE | | | | | | | | | | | |
| **3 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE II (FACULTATIF)** (voir notes 2 et 3 en page 3) | | | | | | | | | | | | |
| **a) Assurance vie additionnelle de l'adhérent** (1 à 3 fois le le salaire) | _____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré) | | | | | | | | | | | |
| **b) Assurance vie des personnes à charge** | ENFANTS ☐ | | CONJOINT(E) ET ENFANTS ☐ | | | | | | | | | |
| **c) Assurance vie additionnelle du conjoint** (5 à 20 tranches de 5 000$) | _____ tranches de 5 000 $ (Indiquez le nombre total de fois désiré) | | | | | | | | | | | |

*** La partie relative à l'exemption doit être remplie par l'employeur dans la section 5**

## 3 Bénéficiaire (Remplir seulement si vous demandez l'assurance-vie.)

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) ☐
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 (Remplir seulement si vous prenez l'assurance-vie additionnelle pour la personne conjointe.)

| Nom | Prénom | Date de naissance (année mois jour) | Sexe M F |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

**DEMANDE D'ADHÉSION** ☑
**DEMANDE DE CHANGEMENT** ☐

S'EMPLOIE SANS CARBONE — ÉCRIRE FERMEMENT S.V.P.

## 5 Employeur

Nom de l'organisme: CIUSSS de l'Estrie - CHUS

N° d'établissement:

N° de groupe: **P**

| N° d'employé | Date d'embauche | Date d'admissibilité | Reçu de l'employé |
|---|---|---|---|
| | A M J | A M J | A M J |

**STATUT D'ENGAGEMENT ET DÉLAI D'ADMISSIBILITÉ**

- personne salariée embauchée à temps complet ou à 70% ou plus du temps complet dans un poste (1 mois) ☐
- personne salariée embauchée dans une catégorie d'emploi autre que la précédente (3 mois) sauf pour le régime d'assurance maladie (1 mois) ☐

**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 A M J

La personne adhérente:

☐ a maintenu sa participation ☐ a suspendu sa participation (sauf le régime d'assurance maladie)

**POURCENTAGE DE TEMPS TRAVAILLÉ**

Cette personne adhérente a travaillé 25% ou moins du temps complet au cours de la période de référence et a décidé de :

☐ participer à l'assurance

☐ de cesser de participer à l'assurance

☐ ne pas participer à l'assurance

(Voir note 4 en page 4)

**DIMINUTION DE PROTECTION**

Date de prise d'effet de la diminution A M J

**SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE**

(comme si 100% du temps plein) _____ $ / année

Je certifie que les renseignements sont exacts et complets.

A M J
Date

Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées)

N° tél. ( ) _____ Poste _____

Signature du représentant de l'employeur

## Exemption

| | | ASSURANCE MALADIE | COMPLÉMENTAIRE I (FRAIS DENTAIRES) | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Début d'exemption ▶ | Date de début d'exemption A M J | ☐ | ☐ | ▶ conservez la preuve de l'existence de l'assurance permettant l'exemption. |
| ☐ Fin d'exemption ▶ | Date de la fin d'exemption A M J | ☐ | ☐ | ▶ conservez la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption. |

## Remarques

## 6 Déclaration de personne non-fumeuse

(Remplir seulement si vous demandez de l'assurance-vie 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 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

Retournez ce formulaire rempli et signé par courriel à **prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca**

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: A M J Signature de la personne adhérente : _____

## 8 Section SSQ

| N° groupe | N° certificat | En vigueur | Classe | Adhérent sélection |
|---|---|---|---|---|
| **P** | | A M J | | Non ☐ Oui ☐ |

| | MAL. | FRAIS DENT. | I.H. | R.I.P. | VIE | M.M.A. | VIE P.À.C. | M.M.A. P.À.C. | VIE CONJOINT | M.M.A. CONJOINT | VIE ENFANTS | M.M.A. ENFANTS | RENTES SURV. | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BASE | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADD. | | | | | | | | | | | | | | | |

Adhérent fumeur oui ☐ non ☐
Conjoint fumeur oui ☐ non ☐

Codifié par _____ le année mois jour

Code certificat

## 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 addditionnelle 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.