



## INFORMATIONS ESSENTIELLES POUR REMPLIR VOTRE FORMULAIRE D'ADHÉSION

### SSQ Groupe financier Syndicat APTS

(Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux)

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 :

<p align="center"><b>Situation 1</b></p> <p align="center">Je suis actuellement couvert(e) par un autre employeur, ou par l'assurance de mon conjoint ou celle de mes parents</p>	<p align="center"><b>Situation 2</b></p> <p align="center">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>
<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>OU</li> <li>✓ photocopie du certificat d'assurance</li> <li>OU</li> <li>✓ lettre de confirmation de l'employeur</li> </ul> <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.

**Couple** : la personne salariée et sa personne conjointe sont assurées.

**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.

**Un couple**, c'est à dire la personne adhérente et son conjoint.

## 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.  Vous n'avez pas à remplir le formulaire d'adhésion aux assurances collectives.	Veuillez remplir le formulaire d'adhésion et nous l'acheminer <b>dans les 14 jours</b> 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 4 façons de nous retourner le formulaire :

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

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

**Pour toute question, veuillez communiquer avec le secteur des assurances collectives (PRASE) au 819 780-2220, poste 47777, option 2 puis option 1.**

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, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

**1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE**

1.1 Nom	1.2 Prénom	1.3 N° d'assurance sociale
---------	------------	----------------------------

**2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

2.1 Adresse		2.2 Code postal	
2.3 N° tél. au travail	2.4 N° tél. à la résidence	2.5 Date de naissance A M J	2.6 Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
2.7 Communication Fr. <input type="checkbox"/> Ang. <input type="checkbox"/>		2.8 Ancien établissement du réseau de la santé et des services sociaux	
2.9 Date de départ A M J			

**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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
-----	--------	--------------------------------------	---

**3 RÉGIMES**

**ADHÉSION**

**CHANGEMENT**

<p><b>3.1 RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (obligatoire)</b> Vous devez choisir un seul des régimes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Maladie de base</li> <li><input type="checkbox"/> Maladie intermédiaire</li> <li><input type="checkbox"/> Maladie supérieur</li> </ul> <p>(Voir notes 1, 2, 3 et 4 en page 3)</p> <hr/> <p><b>3.2 RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES (facultatif)</b> (Voir notes 1, 2, 3 et 4 en page 3)</p> <hr/> <p><b>3.3 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I (obligatoire)</b></p> <p>a) Assurance vie de base de la personne adhérente (1 fois le salaire annuel brut)</p> <p>b) Assurance vie additionnelle de la personne adhérente (1, 2 ou 3 fois le salaire annuel brut) (Voir note 7 en page 4)</p> <p>c) Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge</p> <p>d) Assurance vie additionnelle de la personne conjointe (1 à 10 tranches de 10 000 \$) (Voir note 7 en page 4)</p> <p>e) Assurance salaire de longue durée</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Ind</th> <th>Mono</th> <th>Couple</th> <th>Fam</th> <th>Exemption *</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <hr/> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Ind</th> <th>Mono</th> <th>Couple</th> <th>Fam</th> <th>Exemption *</th> <th>Retrait</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ind	Mono	Couple	Fam	Exemption *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ind	Mono	Couple	Fam	Exemption *	Retrait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Dans la section 3, cochez la case correspondant au choix dans la sous-section Adhésion. Si vous souhaitez obtenir une exemption du régime d'assurance, veuillez fournir une copie de votre preuve d'assurance active (copie de la carte ou du certificat).</p> <hr/> <p>Combinaison de statuts de protection permise. Ex. : Base Fam. ou Mono et soins dentaires Indiv. Voir le tableau en page 3 du formulaire.</p>
Ind	Mono	Couple	Fam	Exemption *																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Ind	Mono	Couple	Fam	Exemption *	Retrait																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													

\* La section 5.13 doit être remplie par l'employeur.

**ÉVÉNEMENT** justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement (Pour la cohabitation, indiquer la date de DÉBUT)

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

**4 BÉNÉFICIAIRE** (Remplir seulement si vous demandez de l'assurance-vie)

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

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)

OU

La somme assurée sera payable à la succession de la personne adhérente

\* 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.

Indiquez un bénéficiaire d'assurance-vie si vous n'avez pas renoncé à cette protection (formulaire rempli + preuve).



5 EMPLOYEUR

**5.1 NOM DE L'ORGANISME**  
CIUSSS DE L'ESTRIE - CHUS

**5.2 N° D'ÉTABLISSEMENT** \_\_\_\_\_ **5.3 N° DE GROUPE**  
X

**5.4 N° D'EMPLOYÉ** \_\_\_\_\_ **5.5 Date d'emploi** \_\_\_\_\_ **5.6 Date d'admissibilité** \_\_\_\_\_ **5.7 Reçu de l'employé** \_\_\_\_\_

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

- personne salariée dans un emploi permanent travaillant à 70% ou plus du temps plein (1 mois) 5.8.1
- personne salariée engagée dans une catégorie autre que la précédente (3 mois) 5.8.2
- pourcentage du temps travaillé 5.8.3 \_\_\_\_\_ %

**5.9 EST-CE QUE LA PERSONNE ADHÉRENTE EST PRÉSENTEMENT ABSENTE DU TRAVAIL?**

Non  Oui Si oui, raison \_\_\_\_\_

**5.9.1 Date du début de l'absence** \_\_\_\_\_

La personne adhérente en congé sans rémunération de plus de 28 jours choisit de :

5.9.2  maintenir sa participation à l'ensemble des régimes auxquels elle participe

5.9.3  maintenir uniquement sa participation au régime maladie auquel elle participe

5.9.4  maintenir uniquement sa participation au régime maladie de base

**5.10 RÉVISION DU POURCENTAGE DU TEMPS TRAVAILLÉ**  
Le pourcentage de temps travaillé de cette personne a **diminué** à 25% ou moins du temps complet au cours de la période de référence. Elle choisit de :

5.10.1  maintenir sa participation à l'ensemble des régimes auxquels elle participe (et doit participer aux garanties prévues à la convention collective)

5.10.2  maintenir uniquement sa participation au régime maladie auquel elle participe

5.10.3  participer uniquement au régime maladie de base

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

**5.12 JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS SONT EXACTS ET COMPLETS.**

Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées) \_\_\_\_\_

N° tél. ( ) \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_

Signature du représentant de l'employeur \_\_\_\_\_

**5.13 EXEMPTION (Voir note 3 en page 3)**

Régime d'assurance maladie Régime d'assurance soins dentaires

5.13.1  Début d'exemption \_\_\_\_\_ 5.13.2  \_\_\_\_\_ 5.13.3  \_\_\_\_\_

5.13.4  Fin d'exemption \_\_\_\_\_ 5.13.5  \_\_\_\_\_ 5.13.6  Fournir la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.

**5.14 REMARQUES**

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

**6 DÉCLARATION DE PERSONNE NON-FUMEUSE - pour l'assurance vie additionnelle**

«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.»

Pour vous-même \_\_\_\_\_ Pour votre personne conjointe \_\_\_\_\_

6.1 Date : \_\_\_\_\_ 6.3 Date : \_\_\_\_\_

6.2 Signature : \_\_\_\_\_ 6.4 Signature : \_\_\_\_\_

**7 SIGNATURE** Retournez ce formulaire rempli et signé par courriel à [prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca](mailto: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.

7.1 Date : \_\_\_\_\_ 7.2 Signature de la personne adhérente : \_\_\_\_\_

**8 SECTION SSQ**

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

## CHOIX DE PROTECTION

### Note 1

La nouvelle personne salariée admissible travaillant 25 % ou moins du temps complet doit choisir entre participer uniquement au Régime d'assurance maladie ou participer à l'ensemble des régimes à la condition de participer aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée prévues à la convention collective sous réserve de ce qui est prévu au droit d'exemption.

La personne retraitée qui est réembauchée n'est pas admissible au régime d'assurance collective de l'APTS.

### Note 2

Vous devez choisir un statut de protection (individuel, monoparental, couple, familial ou exempté) pour le Régime d'assurance maladie et s'il y a lieu pour le Régime d'assurance soins dentaires.

Les statuts de protection **possibles** sont définis dans le tableau suivant :

Régime	Combinaisons								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Assurance maladie	I	M	M	C	C	F	F	F	F
Assurance soins dentaires	I	M	I	C	I	F	C	M	I

La personne adhérente qui obtient une exemption de participation au régime d'assurance maladie peut s'assurer selon le statut de protection individuel, monoparental, couple ou familial pour le régime d'assurance soins dentaires.

### Note 3

#### **Début d'exemption**

En vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec*, sous réserve du droit d'exemption, la participation au Régime d'assurance maladie est obligatoire, car la garantie médicaments est prévue à ce régime. Ainsi, vous pouvez refuser ou cesser de participer au Régime d'assurance maladie à la condition que vous démontrerez à votre employeur que vous et vos personnes à charge, s'il y a lieu, êtes assurés en vertu d'un autre régime d'assurance collective comportant une garantie d'assurance médicaments.

Concernant le Régime d'assurance soins dentaires, la personne adhérente peut se prévaloir du droit d'exemption à la condition de joindre la preuve qu'elle est couverte par un régime d'assurance soins dentaires du secteur public à participation obligatoire et qu'il lui est impossible d'obtenir une exemption spécifique de participation au régime en question.

#### **Fin d'exemption**

La personne adhérente qui est exemptée de participer au Régime d'assurance maladie ou au Régime d'assurance soins dentaires peut y adhérer plus tard, à la condition de démontrer de manière jugée satisfaisante par SSQ :

- i) qu'elle et ses personnes à charge, le cas échéant, étaient antérieurement assurées en vertu de l'assurance concernée ou de toute autre assurance collective similaire;
- ii) qu'il est devenu impossible pour elle, et ses personnes à charge le cas échéant, de continuer à être assurées par le régime ayant permis l'exemption.

### Note 4

La durée minimale de participation aux régimes maladie intermédiaire et maladie supérieur est de 24 mois et s'applique à compter de la date d'adhésion initiale au régime concerné.

La durée minimale de participation au régime soins dentaires est de 48 mois et s'applique à compter de la date d'adhésion initiale au régime concerné.

## 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.



Toutefois, pour le régime d'assurance maladie, la personne adhérente aura la possibilité au 1<sup>er</sup> janvier et au 1<sup>er</sup> juillet de chaque année d'adhérer à un régime **plus généreux** sans avoir préalablement complété une période minimale de participation de 24 mois. Concernant les règles applicables à la prise d'effet des régimes et aux modifications de statut de protection, nous vous référons à votre brochure explicative.

#### **Note 5**

La personne adhérente peut renoncer à l'assurance vie de base de la personne adhérente si elle est déjà protégée par une police **individuelle** d'assurance vie d'un montant minimal de 25 000 \$. Pour ce faire, elle doit remplir le formulaire « Demande de renonciation au régime d'assurance vie de base de la personne adhérente » (FV4726F) disponible au Service des ressources humaines de son établissement et joindre la preuve de sa couverture. Une personne adhérente qui renonce à l'assurance vie de base ne peut pas participer à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente. La personne adhérente qui désire, par la suite, participer à l'assurance vie de base de la personne adhérente doit faire une demande écrite à SSQ et fournir les preuves d'assurabilité requises et acceptées par SSQ.

#### **Note 6**

La participation à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge est obligatoire selon le même statut de protection que celui détenu au régime d'assurance maladie. Voici un résumé de la protection d'assurance vie qui est accordée selon le statut de protection détenu en assurance maladie:

<b>Statut de protection en assurance maladie</b>	<b>Assurance vie des personnes à charge accordée</b>
Individuel	Aucune
Monoparental	Assurance vie des enfants à charge
Couple	Assurance vie de la personne conjointe
Familial	Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge
Exemption	Aucune

#### **Note 7**

Des preuves d'assurabilité sont toujours requises.

La personne adhérente qui renonce à l'assurance vie de base de la personne adhérente ne peut pas participer à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente.

La personne adhérente peut en tout temps participer à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

Dans la colonne « Augmenter à » ou « Réduire à », le chiffre que vous inscrivez correspond à la protection que vous désirez et non au nombre d'unités que vous ajoutez ou retirez. À titre d'exemple, si vous possédez 3 fois votre salaire en assurance vie additionnelle de la personne adhérente et que vous indiquez « 2 » sur la ligne « Réduire à », nous retrancherons une unité de salaire de votre montant d'assurance vie additionnelle.

Si vous choisissez de participer à la vie additionnelle de la personne adhérente ou de la personne conjointe et que la personne à assurer est non-fumeuse, vous devez remplir la section **6-Déclaration de personne non-fumeuse**.

#### **Note 8**

La personne adhérente doit remplir le formulaire « Droit de retrait à la garantie d'assurance salaire de longue durée » et répondre à certaines conditions.

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 boul. 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.