



INFORMATIONS ESSENTIELLES POUR REMPLIR VOTRE FORMULAIRE D'ADHÉSION

SSQ Groupe financier Syndicat CSN

(Fédération 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">Situation 1</p> <p>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">Situation 2</p> <p>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 « 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 OU ✓ photocopie du certificat d'assurance 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>
<p align="center">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 retourner le tout dans les 14 jours suivant votre embauche.</p> <p align="center">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 Internet du PRASE.</p>	

Comment déterminer le statut du contrat d'assurance

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

Individuel : la personne salariée uniquement est assurée.

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

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

Qu'est-ce qu'une personne à charge

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

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

Un enfant :

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

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

Situation 1 Je suis retraité(e) et je bénéficie du régime de retraite RREGOP (réseau de la santé, de l'éducation et Fonction publique)	Situation 2 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 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 4 façons de nous retourner le formulaire :

- Par télécopieur au 819 780-1821
- Par courriel à 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.

1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

Nom	Prénom	N° d'assurance sociale
-----	--------	------------------------

2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Adresse	Code postal	Communication	Sexe
N° tél. à la résidence	N° tél. au travail	Fr. Ang.	M F
Courriel		Date de naissance	
Ancien établissement du réseau de la santé et des services sociaux		Date de départ	

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE (Remplir seulement si vous prenez de l'assurance vie additionnelle pour la personne conjointe)

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe
-----	--------	-------------------	------

3 GARANTIES

	ADHÉSION	CHANGEMENT
--	----------	------------

3.1 ASSURANCE SANTÉ (OBLIGATOIRE) Veuillez cocher une seule case selon la protection désirée. (Voir la note 1 à la page 3)

Santé 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 carte ou certificat).

* La section 5.13 relative à l'exemption doit être remplie par l'employeur.

3.2 SOINS DENTAIRES (FACULTATIF) (Voir note 2 à la page 3)

ATTENTION - SOINS DENTAIRES = MAINTIEN OBLIGATOIRE DE 36 MOIS.

	Individuel	Monoparental	Familial	Individuel	Monoparental	Familial	Terminaison
<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection							

3.3 ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (OBLIGATOIRE)

À 3 mois de la date d'embauche.

<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique
--

3.4 ASSURANCE VIE (FACULTATIF) (Voir notes 5 et 6 à la page 4)

Cette garantie est facultative.
Cochez « Je renonce à cette protection » si vous ne désirez pas cette garantie.

3.4.1 De base de la personne adhérente (1 fois le salaire annuel)	<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique	<input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection
3.4.2 Additionnelle de la personne adhérente (1 à 5 fois le salaire annuel)	_____ fois (Indiquez le nombre total de fois de)	
3.4.3 De la personne conjointe et des enfants à charge	<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique	<input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection
3.4.4 Additionnelle de la personne conjointe (1 à 10 unités de 10 000 \$)	_____ unités (Indiquez le nombre total d'unités désiré)	

3.5 ÉVÉNEMENT justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement (Pour la cohabitation, indiquez 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?	3. Adoption <input type="checkbox"/>	7. Divorce <input type="checkbox"/>
→ Si oui, date de naissance de l'enfant	4. Naissance <input type="checkbox"/>	8. Perte de l'assurance de la personne conjointe <input type="checkbox"/>
→ 1.2 Date de début de cohabitation	5. Prise en charge de l'enfant <input type="checkbox"/>	9. Fin d'admissibilité ou décès d'une personne à charge <input type="checkbox"/>

4 BÉNÉFICIAIRE (Remplir seulement si vous demandez de 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.

5 EMPLOYEUR												
5.1 Nom de l'organisme CIUSSS de l'Estrie - CHUS						5.2 N° d'établissement			5.3 N° de groupe A ou T			
5.4 (N° d'employé)		5.5 Date d'emploi A M J		5.6 Date d'admissibilité A M J		5.7 Reçu de l'employé A M J		5.8 STATUT D'ENGAGEMENT ET DÉLAI D'ADMISSIBILITÉ				
								<input type="checkbox"/> 5.8.1 personne salariée embauchée à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet dans un poste (1 mois) <input type="checkbox"/> 5.8.2 personne salariée embauchée dans une catégorie d'emploi autre que la précédente (3 mois) sauf pour l'option Santé 1 (1 mois)				
5.9 ABSENCE DU TRAVAIL?						5.10 POURCENTAGE DE TEMPS TRAVAILLÉ						
5.9.1 Est-ce que la personne adhérente est présentement absente du travail?						Cette personne adhérente a travaillé 25 % ou moins du temps complet au cours de la période de référence et a décidé de :						
<input type="checkbox"/> 5.9.2 Non <input type="checkbox"/> 5.9.3 Oui Si oui, raison _____ 5.9.4 Date du début de l'absence A M J La personne adhérente: <input type="checkbox"/> 5.9.5 a maintenu sa participation <input type="checkbox"/> 5.9.6 a suspendu sa participation (sauf l'option 1 en assurance santé)						<input type="checkbox"/> 5.10.1 participer ou maintenir sa participation à l'assurance. } (Voir note 7 à la page 4) <input type="checkbox"/> 5.10.2 cesser de participer à l'assurance. } (Voir note 7 à la page 4) <input type="checkbox"/> 5.10.3 ne pas participer à l'assurance. }						
5.12 Je certifie que les renseignements sont exacts et complets. A M J						5.11 SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE (comme si 100 % du temps plein) \$ / année						
N° tél. _____ Poste _____						Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées) Signature du représentant de l'employeur						
5.13 EXEMPTION						5.14 REMARQUES						
<input type="checkbox"/> 5.13.1 Début d'exemption ▶ 5.13.2 Date de début d'exemption A M J <input type="checkbox"/> 5.13.3 Fin d'exemption ▶ 5.13.4 Date de la fin d'exemption A M J		<input type="checkbox"/> conservez la preuve de l'existence de l'assurance permettant l'exemption. <input type="checkbox"/> conservez la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.										
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.»												
Pour vous-même						Pour votre personne conjointe						
6.1 Date : A M J						6.3 Date : A M J						
6.2 Signature de la personne adhérente : _____						6.4 Signature de la personne conjointe : _____						
7 AUTORISATIONS ET 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 protections que j'ai choisies. 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 : A M J						7.2 Signature de la personne adhérente						
8 SECTION SSQ												
N° groupe		N° certificat				En vigueur A M J			Classe		Adhérent sélection Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
	MAL.	FRAIS DENT.	I.H.	R.I.P.	VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	RENTES SURV.	
							P.À.C.	CONJOINT		ENFANTS		
BASE												
ADD.												
Adhérent(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Conjoint(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				Codifié par			A M J		Code certificat	

CHOIX DE PROTECTION ET STATUT D'ENGAGEMENT

Note 1

Vous devez choisir un statut de protection (individuel, monoparental ou familial) ainsi qu'un niveau de protection (Santé 1, Santé 2 ou Santé 3).

Vous pouvez changer votre niveau de protection dans les 30 jours suivants l'un des événements prévus à la section 3.5 du présent formulaire, sans égard à la durée de votre participation. En l'absence d'événement, vous devez conserver le même niveau de protection pendant au moins 36 mois avant de pouvoir le diminuer.

Si vous faites votre demande dans les 30 jours suivant la date de l'événement, le changement entre en vigueur à la date de l'événement. Vous pouvez profiter de cette situation pour modifier votre statut de protection, votre niveau de protection ou celui de vos personnes à charge à la hausse ou à la baisse.

Si vous faites votre demande plus de 30 jours après la date de l'événement, ou en l'absence d'événement, le changement à la hausse entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date où votre employeur reçoit la demande. Toutefois, pour une modification à la baisse, vous et vos personnes à charge devez conserver le même niveau de protection pendant au moins 36 mois avant de pouvoir le diminuer.

Pour plus de détails, consultez la section « Entrée en vigueur de l'assurance » de votre brochure.

Note 2

Le statut de protection individuel en soins dentaires est accordé par défaut, à moins d'y renoncer ou de choisir un statut de protection différent. La durée minimale de participation à cette garantie est de 36 mois consécutifs et cette période est comptabilisée à partir du 31 mars 2019 ou de la date initiale de la protection de la personne adhérente. À noter que la durée de participation aux options Santé 2 et Santé 3, dans lesquels la protection de soins dentaires était incluse avant le 31 mars 2019, ne peut être comptabilisée.

Note 3

La participation à cette garantie peut être facultative pour toute personne salariée admissible à un groupe privé dans lequel le vote de l'unité d'accréditation a été favorable à une telle protection.

Note 4

Vous pouvez renoncer à la garantie d'assurance salaire de longue durée si celle-ci est obligatoire dans le mesure où vous répondez à l'une ou l'autre des conditions prévues pour cette garantie. À cet effet, vous devez compléter le formulaire **Droit de renonciation à la garantie obligatoire d'assurance salaire de longue durée** disponible auprès de votre employeur et consultez la section « Participation à l'assurance » de votre brochure pour plus de détails.

AVIS

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.

CHOIX DE PROTECTION ET STATUT D'ENGAGEMENT

Note 5

Vous devez participer aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée (104 semaines) prévus à la convention collective pour avoir accès aux garanties Santé 2 ou 3, aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de longue durée.

Note 6

Assurance vie de base

L'adhésion à la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente et à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge est automatique. Toutefois, vous avez le droit d'y renoncer à la date d'admissibilité à l'assurance. En cas de renonciation, l'adhésion à ces garanties devient facultative et des preuves d'assurabilité seront exigées si vous présentez une demande d'adhésion plus de 30 jours après la date à laquelle vous êtes devenu(e) admissible.

Assurance vie additionnelle

Dans la colonne « Augmenter à » ou « Réduire à », 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 une protection représentant 3 fois votre salaire en assurance vie additionnelle et que vous indiquez « 2 » dans la case « Réduire à », nous retrancherons 1 unité de salaire de votre montant d'assurance vie additionnelle. Cette procédure est la même pour le montant d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe. Des preuves d'assurabilité sont toujours requises lors d'une demande d'assurance vie additionnelle.

Note 7

Pour connaître les dispositions particulières qui s'appliquent à la personne adhérente travaillant 25 % ou moins du temps complet, consultez l'annexe 1 de votre brochure.

Note 8

En vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, la participation minimale à l'option santé 1 est obligatoire (sous réserve du droit d'exemption) puisque cette option prévoit le remboursement de médicaments. Consultez la section « Participation à l'assurance » de votre brochure pour en savoir davantage sur le droit d'exemption.

AVIS

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.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter l'Énoncé de la politique de protection des renseignements personnels sur le site ssq.ca.