



INFORMATIONS ESSENTIELLES POUR REMPLIR VOTRE FORMULAIRE D'ADHÉSION SSQ Groupe financier Personnel d'encadrement

1. Le formulaire d'adhésion à l'assurance collective doit être rempli **OBLIGATOIREMENT** que vous soyez déjà couvert(e) par une assurance ou non.

Voici les 2 situations possibles :

| <u>Situation 1</u> | <u>Situation 2</u> |
|--|--|
| Je suis actuellement couvert(e) par un autre employeur, ou par l'assurance de mon conjoint ou celle de mes parents | Je suis assuré(e) par la RAMQ ou je ne suis pas couverte par un autre assureur, je dois donc adhérer à l'assurance |
| <p>Vous devez remplir le formulaire d'assurance en cochant la case « Exemption ». (voir exemple dans la section adhésion du formulaire)</p> <p>ET</p> <p>Vous devez fournir les preuves de l'existence de cette assurance, soit une :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ photocopie de la carte d'assurance <li style="text-align: center;">OU ✓ photocopie du certificat d'assurance <li style="text-align: center;">OU ✓ lettre de confirmation de l'employeur <p><i>* Toutefois, si vous avez donné votre démission écrite chez un autre employeur du réseau de la santé, svp nous indiquer la date de fin de lien d'emploi, puisque si votre départ est à l'intérieur de 30 jours, vous êtes admissible dès votre date d'embauche.</i></p> | <p>Vous devez remplir le formulaire d'assurance et annuler l'assurance pour laquelle vous êtes inscrit(e) :</p> <p>Si vous êtes couvert(e) par le contrat d'un autre établissement du réseau de la santé* et que votre lien d'emploi est toujours maintenu (liste de rappel), vous devez aviser l'autre employeur pour la procédure à suivre afin de mettre fin à l'assurance selon la date de prise d'effet de la période d'admissibilité du nouveau contrat.</p> <p>Si vous êtes inscrits à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) vous devez obligatoirement vous désactiver de ce programme (voir dépliant Service PRASE – Assurances collectives)</p> |

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

Après ce délai, le régime d'assurance obligatoire sera inscrit à votre dossier avec une protection minimale individuelle, tel que stipulé à la brochure d'assurance disponible sur le site web PRASE.

Comment déterminer le statut du contrat d'assurance

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

Individuel : la personne salariée uniquement est assurée.

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

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

Qu'est-ce qu'une personne à charge

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

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

Un enfant :

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

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

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

3. Où et comment retourner mon formulaire d'assurance?

Vous avez 3 façons de nous retourner le formulaire :

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

Assurez-vous d'écrire lisiblement.

Pour toute question, veuillez communiquer avec le secteur des assurances collectives (PRASE) au 819 780-2220, poste 47777, option 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, succ. Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

1 Renseignements généraux - Personne adhérente

1.1 Nom 1.2 Prénom 1.3 N° d'assurance sociale

1.4 Adresse 1.5 Code postal 1.6 N° tél. au travail

1.7 Courriel 1.8 N° tél. à la résidence 1.11 Date de naissance 1.12 Sexe 1.13 Communication

1.9.1 Travaillez-vous chez 2 employeurs ou plus? Non Oui
1.9.2 Si oui, noms des employeurs

1.10.1 Occupez-vous un autre poste ou une autre fonction chez l'employeur? Non Oui
1.10.2 Si oui, titre ou fonction :
1.10.3 Êtes-vous en congé sans traitement? Non Oui
1.14.1 Êtes-vous déjà assuré(e) par SSQ? Non Oui 1.14.2 Si oui, votre N° de certificat
1.14.3 Cette demande résulte-t-elle d'un transfert d'un employeur à un autre? Non Oui

1.15 Événement justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement (Pour la cohabitation, indiquez la date de début) (Compléter la section 4 s'il y a lieu)

1. COHABITATION (Vie maritale) → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant 4. NAISSANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE. 8. DÉBUT OU FIN DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE.

2. MARIAGE 3. ADOPTION 5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT 6. SÉPARATION 7. DIVORCE

2 Régimes

2A - Adhésion **2C - Changement**

• Vous devez choisir un des statuts de protection suivants :

| RÉGIME | 2A - Adhésion | | | | 2C - Changement | | | |
|---|---------------|-------|-------|-----------|-----------------|---------|---------|-----------|
| | IND | MONO | FAM | EXEMPTION | IND | MONO | FAM | EXEMPTION |
| 2.1 RÉGIME OBLIGATOIRE | 2.A.1 | 2.A.2 | 2.A.3 | 2.A.4 | 2.C.A.1 | 2.C.A.2 | 2.C.A.3 | 2.C.A.4 |
| 2.2 RÉGIME OBLIGATOIRE À LONGUE DURÉE | | | | | | | | |
| 2.3 RÉGIME OBLIGATOIRE À SALAIRE DE LOI | | | | | | | | |
| 2.4 RÉGIME FACULTATIF | | | | | | | | |
| 2.5 RÉGIME FACULTATIF | | | | | | | | |

2.A.5 (Indiquer le nombre total de fois désiré) 2.C.A.5 (Indiquer le nombre total de fois désiré) 2.C.R.5 (Indiquer le nombre total de fois désiré)

2.A.6 (Indiquer le nombre total de tranches désiré) 2.C.A.6 (Indiquer le nombre total de tranches désiré) 2.C.R.6 (Indiquer le nombre total de tranches désiré)

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

3 Bénéficiaire : assurance vie

3.1 La somme assurée sera payable à la succession de l'adhérent OU Le bénéficiaire est révocable* (peut être changé en tout temps)
3.2 Le bénéficiaire est irrévocable* (ne peut être changé sauf avec le consentement écrit du bénéficiaire nommé irrévocable)
3.3 Le bénéficiaire est irrévocable* (ne peut être changé sauf avec le consentement écrit du bénéficiaire nommé irrévocable)
3.4 Je désigne comme bénéficiaire (au décès) : Conjoint(e) légal(e) (1) Conjoint(e) de fait (7) Fils-filles (2) Conjoint(e) légal(e) et fils - filles (6) Père-mère (3)
Conjoint(e) de fait et fils - filles (8) Frères-Soeurs (4) Autre (5)

Nom(s) du(des) bénéficiaire(s) :

4 Désignation de la personne conjointe : régime obligatoire d'assurance accident maladie, régime de rentes de survivants.

4.1 Nom 4.2 Prénom 4.3 Date de naissance 4.4 Sexe

Le régime de rentes de survivant est offert seulement si les conditions de travail du participant ou un décret le prévoit.



Personnel d'encadrement des Secteurs Public et Parapublic du Québec

DEMANDE D'ADHÉSION
DEMANDE DE CHANGEMENT
S'EMPLOIE SANS CARBONE — ÉCRIRE FERMEMENT S.V.P.

5 Employeur

5.1 N° d'employé(e) 5.2 N° d'employeur Retraite Québec 5.3 Reçu de l'employé 5.4 Date d'entrée en fonction 5.5 N° de groupe

5.6 Ministère 5.7 Classe d'emplois (FP) 5.8 Code de fonction (SSS) 5.9 Nom de l'employeur, de l'organisme ou de l'établissement

CIUSSS DE L'ESTRIE - CHUS

5.10 Statut d'engagement

5.10.1 Permanent 5.10.2 Temporaire admissible 5.10.3 Occasionnel

5.10.4 Temps plein 5.10.5 Temps partiel 5.11.6 %

5.10.7 Si temporaire admissible, durée de l'engagement : Du _____ Au _____

5.11.1 Titre ou fonction de l'adhérent : _____ 5.11.2 Salaire annuel de base : _____ \$

5.11.3 Date de début d'absence de l'adhérent _____ 5.11.4 Classe salariale _____

5.12 Est-ce que l'employé(e) a acquis le droit de conserver ses protections d'assurance en vertu du régime d'assurance collective du personnel d'encadrement? Non Oui (S'adresse uniquement aux employés du secteur de la fonction publique. Voir note 2 au verso)

5.13 Poste déjà existant Non 5.13.1 Si non = Création de poste (Voir note 3 au verso) Oui 5.13.2 Si oui, quel cadre a quitté lors de cette entrée en fonction? _____ 5.13.3 NAS _____

5.13.4 Part le : _____ 5.13.5 Raison du départ : _____

5.14 Je certifie que les renseignements sont exacts et complets

5.14.1 Identification de la personne ayant rempli le formulaire : Nom et prénom en lettres moulées _____ 5.14.4 Nom et prénom du représentant autorisé de l'employeur _____ 5.14.5 Date : _____

5.14.2 Date : _____ 5.14.3 N° tél. : _____ Poste : _____ de l'employeur (voir note 4 au verso)

5.15 Commentaires

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

6 Déclaration de personne non-fumeuse

Je soussigné(e) déclare être une personne non-fumeuse et n'avoir fumé aucun produit de tabac tel que cigarette, cigarette électronique (vapeuse), cigare ou pipe, ni aucune drogue au cours des douze (12) derniers mois. Il est entendu que SSQ, société d'assurance-vie inc. peut demander périodiquement une confirmation de ce statut. À défaut de répondre, la personne assurée perd ce statut et ne bénéficie plus de la réduction de prime qui s'y rattache à compter de la date de la demande de SSQ, Société d'assurance-vie inc. Je reconnais également que toute fausse déclaration ou réticence peut entraîner la nullité de la protection. »

Pour vous-même : 6.1 Date : _____ 6.2 Signature de la personne adhérente : _____

Pour votre personne conjointe : 6.3 Date : _____ 6.4 Signature de la personne conjointe : _____

7 Signature obligatoire

J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les primes requises en vertu des régimes que j'ai choisis. J'autorise mon employeur et l'assureur à utiliser, pour des fins administratives, les renseignements contenus dans cette demande, y compris mon numéro d'assurance sociale. Je certifie que les renseignements inscrits sur cette demande sont exacts et complets. Je reconnais de plus avoir pris connaissance de l'avis au verso concernant les dossiers et les renseignements personnels et avoir conservé copie de la présente formule.

7.1 Date : _____ 7.2 Signature de la personne adhérente

8 Section SSQ

| N° groupe | N° certificat | | | | | | En vigueur | Classe | | | Adhérent sélection | | |
|-----------|---------------|-------------|------|--------|-----|--------|------------|--------|----------|--------|--------------------|--------------|---|
| | MAL. | FRAIS DENT. | I.H. | R.I.P. | VIE | M.M.A. | | VIE | M.M.A. | VIE | M.M.A. | RENTES SURV. | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> |
| BASE | | | | | | | VIE | M.M.A. | VIE | M.M.A. | VIE | M.M.A. | |
| ADD. | | | | | | | P.A.C. | | CONJOINT | | ENFANTS | | |

Adhérent fumeur oui non
Conjoint fumeur oui non
Codifié par _____ le _____ Code certificat _____

CHOIX DE PROTECTION

Note 1

Assurance vie additionnelle - Ajout ou retrait

Dans la colonne «ajout» ou «retrait», le chiffre que vous inscrivez correspond à la protection que vous désirez et non pas au nombre d'unités que vous ajoutez ou enlevez. À titre d'exemple, si vous possédez 3 fois votre salaire et que vous indiquez «2» sur la ligne sous «réduire à» de la colonne «retrait», nous retrancherons 1 unité de salaire de votre montant d'assurance vie additionnelle.

PERSONNEL D'ENCADREMENT DU SECTEUR DE LA FONCTION PUBLIQUE

Note 2

Fait partie du secteur fonction publique tout ministère ou organisme dont le personnel est nommé suivant la Loi sur la fonction publique (RLRQ, chapitre F-3.1.1).

SECTION 5.13

Note 3

Les informations contenues dans cette section sont à l'usage unique de Retraite Québec.

STATUT D'ENGAGEMENT

Note 4

Joindre à la demande d'adhésion, selon le secteur concerné, la lettre d'engagement, l'acte de nomination, la lettre de nomination, la description de tâches et l'organigramme. Ces documents doivent être envoyés à l'adresse suivante :

Retraite Québec
Case Postale 5500, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 0G9

Si des informations additionnelles sont requises au sujet de la section 5 du formulaire, veuillez contacter Retraite Québec à l'un des numéros de téléphone suivants :

418 643-4640 postes 2382 ou 2383
1 866 627-2505 postes 2382 ou 2383

Le formulaire doit être signé par le représentant autorisé de l'employeur, en vertu notamment des dispositions légales à cet effet ou, s'il y a eu une délégation de signature, par la personne désignée.

AVIS

Protection des renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, SSQ, Société d'assurance-vie inc. constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute réclamation d'assurance. Seuls les employés ou mandataires qui sont responsables de la sélection des risques, des enquêtes et des réclamations ou toute autre personne que vous aurez autorisée ont accès à ce dossier. Votre dossier est détenu dans les bureaux de l'entreprise. Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier, et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels

SSQ, Société d'assurance-vie inc.
2525 boulevard Laurier, C.P. 10500, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

SSQ, Société d'assurance-vie inc. s'est dotée d'une Politique sur la protection des renseignements personnels. Si vous désirez obtenir une copie du dépliant à cet effet, il vous suffit de communiquer par écrit avec le Responsable de la protection des renseignements personnels, aux coordonnées mentionnées ci-dessus.

Pour en connaître davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le ssq.ca.