

FORMULAIRE D'ADHÉSION AU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE D'ASSUREQ

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

1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX			
Nom		Prénom	N° d'assurance sociale
Adresse			N° de téléphone à la résidence
Ville		Province	Code postal
Date de naissance		Date du début de l'invalidité (si vous adhérez à la suite d'une fin d'exonération et que vous n'avez plus de lien d'emploi)	Sexe
Employeur à la date de la retraite		Date de la retraite	
Je suis assuré(e) jusqu'à la date de ma retraite, par un régime d'assurance collective chez SSQ : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			Unité structurelle CSQ
Si oui, mon numéro de contrat SSQ est : _____			Enseignant(e) <input type="checkbox"/>
			Professionnel(le) <input type="checkbox"/>
			Soutien <input type="checkbox"/>
			Autre <input type="checkbox"/> _____

2 ADHÉSION	
Régime A Assurance maladie - OBLIGATOIRE (voir note 1 au verso)	
Vous devez cocher le choix désiré pour le régime et le statut de protection ou la case Exemption.	
Régime :	Santé <input type="checkbox"/> ou Santé Plus <input type="checkbox"/>
Statut de protection :	Individuel <input type="checkbox"/> ou Monoparental <input type="checkbox"/> ou Familial <input type="checkbox"/>
Exemption : <input type="checkbox"/> (remplir la section 3)	
Régime B Assurance vie - FACULTATIF (voir note 2 au verso)	
Pour participer à ce régime, vous devez cocher le choix désiré en assurance vie de la personne adhérente et remplir la section 4 :	
Assurance vie de la personne adhérente : Choix 1 <input type="checkbox"/> ou Choix 2 <input type="checkbox"/> ou Choix 3 <input type="checkbox"/>	
Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge : <input type="checkbox"/>	

3 EXEMPTION	
Vous pouvez vous exempter de participer au Régime A - Assurance maladie seulement si vous êtes assuré(e) par un autre régime d'assurance collective comportant des prestations similaires.	
Nom de la personne vous assurant _____	
Nom de son assureur _____ N° contrat : _____	

Retournez les deux (2) premières copies à : **AREQ (CSQ)**, Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec
320, ST-JOSEPH EST, BUREAU 100, QUÉBEC (QUÉBEC) G1K 9E7

Conservez la copie rose pour vos dossiers.

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

4 BÉNÉFICIAIRE (À remplir uniquement si vous adhérez au Régime B – Assurance vie)	
Vous devez cocher le choix désiré : <input type="checkbox"/> ma succession ou <input type="checkbox"/> bénéficiaire(s) désigné(s)*	
Si vous avez choisi « Bénéficiaire(s) désigné(s) », vous devez indiquer les informations suivantes :	
1) Nom(s) du(des) bénéficiaire(s) : _____	
2) Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Conjoint(e) légal(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Conjoint(e) légal(e) et fils-fille <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait et fils-fille	
<input type="checkbox"/> Fils-fille <input type="checkbox"/> Père-mère <input type="checkbox"/> Frères-soeurs <input type="checkbox"/> Autre _____	
3) Statut* : <input type="checkbox"/> Révocable (peut être changé en tout temps)	
ou	
<input type="checkbox"/> Irrévocable (peut être changé seulement avec le consentement écrit du(des) bénéficiaire(s) nommé(s) irrévocable(s))	
* Au Québec, en l'absence d'un choix de statut, la désignation du conjoint légal sera inscrite irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire sera inscrite révocable.	

5 SIGNATURES	
Je, soussigné(e), adhère à ASSUREQ et j'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc. à utiliser, pour des fins administratives, les renseignements contenus dans cette demande, y compris mon numéro d'assurance sociale.	
Je reconnais de plus avoir pris connaissance de l'avis au verso concernant le dossier et les renseignements personnels et avoir conservé une copie du présent formulaire.	
_____	_____
PERSONNE ADHÉRENTE	DATE
_____	_____
RESPONSABLE D'ASSUREQ	DATE

6 MODALITÉS DE PAIEMENT	
Vous devez cocher le choix de paiement désiré (A, B ou C).	
<input type="checkbox"/> A) Retraite Québec : j'autorise Retraite Québec à déduire mensuellement de ma rente les primes d'assurance collective	
<input type="checkbox"/> B) Facturation trimestrielle	
<input type="checkbox"/> C) Débit préautorisé mensuel (remplir la section 7)	

7 AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT BANCAIRE AUTOMATIQUE - DPA PERSONNEL (À remplir uniquement si vous avez choisi le débit préautorisé mensuel à la section 6 C).	
Par la présente, j'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc. à percevoir mensuellement de mon compte le montant variable de mes primes d'assurance qui sont dues le 1 ^{er} jour ouvrable de chaque mois. De plus, j'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc. à facturer et débiter des frais lorsque le débit préautorisé ne peut être effectué tel que convenu dans le présent accord. Une lettre me sera alors expédiée pour confirmer les changements apportés au prochain débit.	
Information sur le compte	
Nom de l'institution financière _____ Succursale _____ Numéro de compte _____	
J'autorise cette institution à déduire ce montant de mon compte. Cette autorisation peut être révoquée en tout temps, sur avis écrit de ma part. Cet avis doit être envoyé à SSQ 30 jours précédant le prochain prélèvement.	
J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec la présente autorisation. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, un spécimen de formulaire d'annulation ou de l'information additionnelle sur les droits d'annulation, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca	
Signature (celle que vous utilisez sur vos chèques) _____	
N.B. Dans le cas d'un compte conjoint où plus d'une signature est requise, tous les titulaires doivent apposer leur signature.	
Date _____	Réservé SSQ : _____
Attention : Veuillez JOINDRE un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ ».	

8 SECTION SSQ						
N° certificat		En vigueur			Classe	N° groupe

MALADIE SANTÉ	MALADIE SANTÉ PLUS	VIE 1	VIE 2	VIE 3	M.M.A.	VIE P.A.C.
Codifié par _____ le _____					Code certificat	

NOTE 1

Pour participer au Régime A – Assurance maladie (obligatoire), vous devez choisir entre le régime Santé ou le régime Santé Plus et indiquer le statut de protection désiré. Si vous êtes assuré(e) en vertu d'un autre régime d'assurance collective prévoyant des protections similaires, vous pouvez vous prévaloir du droit d'exemption et remplir la section 3 du formulaire.

NOTE 2

Pour être admissible à participer au Régime B – Assurance vie (facultatif), vous devez demander de participer au Régime A - Assurance maladie ou demander l'exemption (remplir la section 3).

Assurance vie de la personne adhérente

Les choix 2 et 3 sont disponibles uniquement si vous détiez, au moment de prendre votre retraite, un montant d'assurance vie de la personne adhérente (en vertu de votre régime d'assurance collective à l'intention des personnes employées) supérieur ou égal à celui offert par le présent régime, sinon seul le choix 1 vous est offert.

Voici le tableau des choix possibles :

Âge	Choix 1	Choix 2	Choix 3
moins de 60 ans	20 000 \$	40 000 \$	60 000 \$
de 60 ans à 64 ans	15 000 \$	30 000 \$	45 000 \$
65 ans ou plus	10 000 \$	20 000 \$	30 000 \$

À la garantie d'assurance vie de la personne adhérente, s'ajoute celle d'assurance en cas de mort et mutilation accidentelle.

Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge

Pour être admissible à participer à ce régime, vous devez participer à l'assurance vie de la personne adhérente.

Personne conjointe : 5 000 \$

Enfant à charge âgé d'au moins 24 heures : 5 000 \$

AVIS DE CONSTITUTION DE DOSSIER ET D'UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Avis de constitution de dossier

SSQ Assurance accorde une grande importance à la protection des renseignements personnels qu'elle recueille dans le cadre de ses activités. C'est pourquoi, dans le but d'assurer le caractère confidentiel de ceux-ci, SSQ Assurance (SSQ, Société d'assurance-vie inc., SSQ, Société d'assurance inc., SSQ Distribution inc. et leurs filiales) constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements vous concernant. Tous les renseignements que nous recueillons à différents moments, que ce soit lors de la demande d'assurance, de renouvellement, de modification ou de réclamation, seront ajoutés à votre dossier.

Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés, les fournisseurs de services ou les mandataires de SSQ Assurance et toute autre personne que vous aurez autorisée y auront accès lorsque requis pour l'exercice de leurs fonctions ou l'exécution de leur mandat.

Votre dossier sera conservé aux bureaux de SSQ Assurance ou dans les locaux de tiers autorisés. Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en faisant parvenir une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse ci-dessous.

Responsable de la protection des renseignements personnels

SSQ Assurance, 2525, boulevard Laurier, C.P. 10500, succ. Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

Collecte et utilisation de vos renseignements personnels

SSQ Assurance recueille les renseignements nécessaires à la gestion et à l'administration de la relation d'affaires que nous avons avec vous ainsi que tout autre renseignement obtenu lors de vos interactions avec nous.

Les renseignements personnels que nous recueillons, conservons et utilisons nous permettent de vérifier votre identité, de valider votre admissibilité à nos produits et services, d'estimer les risques d'assurance, d'établir la prime, de traiter vos réclamations, d'administrer votre dossier et de satisfaire aux exigences légales. Ils peuvent aussi être utilisés à des fins statistiques pour nous permettre d'améliorer nos produits, services, campagnes ou promotions. Si vous nous avez donné votre numéro d'assurance sociale, il sera utilisé uniquement à des fins administratives et fiscales.

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