

1. Admissibilité à l'assurance

Détenez-vous une reconnaissance du ministère de la Famille pour 3 enfants subventionnés ou plus alors que votre service de garde est ouvert depuis 3 mois?

 Oui Non

2. Identification de la personne adhérente

Nom		Prénom		Date de reconnaissance du ministère de la Famille année mois jour		
Adresse			Ville		Code postal	
Courriel		No d'assurance sociale		Date du versement de votre prochaine contribution gouvernementale année mois jour		
N° téléphone		Date de naissance année mois jour		Communication <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom de votre bureau coordonnateur						
Est-ce que vous êtes présentement absent(e) du travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, raison :				
Date de début de l'absence année mois jour		Est-ce que vous recevez des indemnités pour cette absence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, de quelle nature (exemple : SAAQ) :		

2.1 Désignation de la personne conjointe

Nom et prénom			Date de naissance année mois jour			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
---------------	--	--	--	--	--	---

3. Garanties
3.1 Assurance santé (garantie obligatoire) (Veuillez cocher une seule case selon la protection désirée.)

	Individuel	Monoparental	Familial
Santé 1	<input 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"/>

 Exemption (Vous êtes protégé(e) par un régime similaire, comme celui de votre personne conjointe)
 Veuillez remplir les champs ci-dessous pour confirmer l'assurance qui permet l'exemption.

Nom de l'assureur : _____

Détenteur du contrat : _____ No. de contrat : _____

3.2 Soins dentaires (garantie facultative)

Veuillez cocher une seule case selon le scénario de protection désiré.	Individuel		
	<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique <input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection	<input type="checkbox"/> Monoparental	<input type="checkbox"/> Familial

3.3 Assurance salaire de courte durée (garantie obligatoire)

Prestations applicables après 7 jours d'invalidité pour une durée de 52 semaines	Option 1 : 300 \$ par semaine	<input checked="" type="checkbox"/> Option 1 (adhésion automatique) <input type="checkbox"/> Option 2 <input type="checkbox"/> Option 3 <input type="checkbox"/> Option 4
	Option 2 : 400 \$ par semaine	
Option 3 : 500 \$ par semaine		
Option 4 : 600 \$ par semaine		

3.4 Assurance salaire de longue durée (garantie facultative)

Prestations applicables jusqu'à 65 ans	Option 1 : 1 300 \$ par mois	L'option 1, 2, 3 ou 4 choisie en courte durée doit être la même en longue durée <input type="checkbox"/> Je désire participer *
	Option 2 : 1 650 \$ par mois	
Option 3 : 2 000 \$ par mois		
Option 4 : 2 350 \$ par mois		

* Des preuves d'assurabilité sont demandées si la demande est présentée au-delà du délai de 30 jours d'admissibilité.

3.5 Assurance vie (garantie facultative)

	Description	Choix de protection
a) Assurance vie de base et DMA de la personne adhérente	Option 1 : 25 000 \$ Option 2 : 50 000 \$	<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique à l'option 1 sans preuves d'assurabilité <input type="checkbox"/> Option 2 : 50 000 \$ sans preuve d'assurabilité <input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection
b) Assurance vie additionnelle de la personne adhérente	1 à 20 unités de 10 000 \$ avec preuves d'assurabilité	_____ unités de 10 000 \$
c) Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge	5 000 \$ par personne assurée	<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique sans preuves d'assurabilité <input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection
d) Assurance vie additionnelle de la personne conjointe	1 à 10 tranches de 10 000 \$ avec preuves d'assurabilité	_____ tranche(s) de 10 000 \$

4. Bénéficiaire

Je désigne comme bénéficiaire (au décès) : succession de la personne adhérente
OU la somme assurée sera payable au(x) bénéficiaire(s) : _____

Conjoint(e) légal(e) Conjoint(e) de fait Fils-Filles Père-Mère Frères-Sœurs
 Conjoint(e) légal(e) et fils-filles Conjoint(e) de fait et fils-filles Autres :

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)

* 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. Déclaration de la 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 Assurance 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 Assurance. Je reconnais également que toute fausse déclaration ou réticence peut entraîner la nullité de la protection. »

Signature de la personne adhérente : _____ Date : _____ année _____ mois _____ jour _____

Signature de la personne conjointe : _____ Date : _____ année _____ mois _____ jour _____

6. Autorisation de prélèvement bancaire automatique – DPA personnel

Par la présente, j'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc. à percevoir de mon compte le montant variable de mes primes d'assurance. Un avis écrit me sera expédié pour confirmer la journée du 1^{er} prélèvement ainsi que le montant de la prime aux 14 jours. 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 vous sera alors expédiée pour confirmer les changements apportés à votre prochain débit.

Information sur le compte

Nom de l'institution financière :

Succursale :

Numéro du 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 Assurance 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 visitez www.cdnpay.ca

Signature (obligatoire) :

Date : _____ année _____ mois _____ jour _____

N.B. Dans le cas d'un compte conjoint où plus d'une signature est requise, tous les titulaires doivent apposer leur signature.

ATTENTION : Veuillez JOINDRE un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ ».

SSQ, Société d'assurance-vie inc., 2525, boulevard Laurier, C.P. 10500, succ. Ste-Foy, Québec QC G1V 4H6 – Téléphone sans frais : 1 800 380-2588

7. Signature de la personne adhérente (obligatoire)

Je certifie que les renseignements inscrits sur cette demande sont exacts et complets. Je reconnais avoir pris connaissance de l'avis au verso concernant les dossiers et les renseignements personnels. Je reconnais également que toute fausse déclaration peut entraîner la nullité de la protection.

Signature :

Date : _____ année _____ mois _____ jour _____

Veuillez retourner ce formulaire en utilisant l'une des méthodes de transmission suivantes :

Par la poste :

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

Par courriel : rsgmf@ssq.ca

Par télécopieur : 1 866 333-7503

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 Assurance 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 Assurance 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.