

Identification de la personne adhérente

Nom		Prénom	
Adresse		Ville	
		Code postal	
Courriel		Numéro de téléphone	
		Numéro de certificat SSQ	

Date de l'événement justifiant la demande de modification	année	mois	jour
<input type="checkbox"/> Mariage ou union civile <input type="checkbox"/> Naissance <input type="checkbox"/> Adoption <input type="checkbox"/> Décès de la personne conjointe			
<input type="checkbox"/> Début ou cessation de l'assurance de la personne conjointe <input type="checkbox"/> Séparation / Divorce <input type="checkbox"/> Prise en charge d'un enfant <input type="checkbox"/> Autre : justifier _____			
<input type="checkbox"/> Diminution du nombre d'enfants à moins de 3 (le cas échéant, joindre votre bordereau de paiement)			
<input type="checkbox"/> Cohabitation > Date de début de cohabitation	année	mois	jour
> Un enfant est-il issu de cette union? Si oui, date de naissance de l'enfant	année	mois	jour

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

	Individuel	Monoparental	Familial	Exemption*	* Si vous êtes protégé(e) par un régime similaire, fournir la preuve qui permet l'exemption en remplissant les champs suivants : Nom de l'assureur : _____ Détenteur du contrat : _____ N°. de contrat : _____
Santé 1	<input type="checkbox"/>	<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"/>		

Soins dentaires (garantie facultative)

Veuillez cocher une seule case selon le statut de protection désiré.

<input type="checkbox"/> Individuel	<input type="checkbox"/> Monoparental	<input type="checkbox"/> Familial	<input type="checkbox"/> Terminer la protection
-------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------------------

Assurance salaire de courte durée (garantie obligatoire)

Protection	Modifier
Prestations applicables après 7 jours d'invalidité pour une durée de 52 semaines	À noter : Toute modification d'option en assurance salaire de courte durée occasionnera une modification de l'option en assurance salaire de longue durée <input type="checkbox"/> Option 1 : 300 \$ par semaine <input type="checkbox"/> Option 3 : 500 \$ par semaine <input type="checkbox"/> Option 2 : 400 \$ par semaine <input type="checkbox"/> Option 4 : 600 \$ par semaine

Assurance salaire de longue durée (garantie facultative)

Protection	Ajouter	Retirer
Prestations applicables jusqu'à 65 ans L'option choisie en assurance salaire de courte durée doit être la même qu'en assurance salaire de longue durée Option 1 : 1 300 \$ par mois Option 3 : 2 000 \$ par mois Option 2 : 1 650 \$ par mois Option 4 : 2 350 \$ par mois	<input type="checkbox"/> Je désire ajouter cette garantie	<input type="checkbox"/> Je désire retirer cette garantie

Assurance vie (garantie facultative)

Garantie	Ajout	Modification
Assurance vie de base et MMA de la personne adhérente	<input type="checkbox"/> Option 1 : 25 000 \$ <input type="checkbox"/> Option 2 : 50 000 \$	<input type="checkbox"/> Option 1 : 25 000 \$ <input type="checkbox"/> Option 2 : 50 000 \$ <input type="checkbox"/> Je désire terminer cette garantie
Assurance vie additionnelle de la personne adhérente (1 à 20 unités de 10 000 \$)	Augmenter à _____ unités de 10 000 \$ (indiquer la quantité totale d'unités désirée)	Réduire à _____ unités de 10 000 \$ (indiquer la quantité totale d'unités désirée)
Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge (5 000 \$ par personne assurée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance vie additionnelle de la personne conjointe (1 à 10 unités de 10 000 \$)	Augmenter à _____ unités de 10 000 \$ (indiquer la quantité totale d'unités désirée)	Réduire à _____ unités de 10 000 \$ (indiquer la quantité totale d'unités désirée)

Bénéficiaire

Je désigne comme bénéficiaire (au décès) :
 Succession de l'adhérent **OU** La somme assurée sera payable au(x) bénéficiaire(s) : _____

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

Le bénéficiaire est révocable * (peut être changé en tout temps)
 Le bénéficiaire est irrévocable * (peut être changé 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.

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 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. »

Signature de la personne adhérente : _____

Signature de la personne conjointe : _____

Signature de la personne adhérente

Signature de la personne adhérente : _____

Date : _____

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