

N° Groupe

Identification de l'employé admissible

Nom	Prénom	N.A.S.
-----	--------	--------

Renseignements généraux

Adresse		N° téléphone au travail	
Ville	Province	N° téléphone personnel	
Code postal	Date de naissance	Langue de communication	Sexe
	année mois jour	<input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F

Garanties

Vous devez choisir un des types de protection suivants :

Assurance maladie (obligatoire, à moins d'être exempté ⁽¹⁾)

INDIVIDUELLE FAMILIALE MONOPARENTALE EXEMPTION *

* Justification - Garantie d'assurance collective provenant :
 A - Régime d'assurance collective du conjoint
 B - Régime d'assurance collective où vous êtes un adhérent (autre emploi, association)
 C - Régime d'assurance collective des parents (enfant à charge)

NOTE (1) Le droit d'exemption est permis lorsqu'un employé admissible et ses personnes à charge, s'il y a lieu, sont assurés par un autre régime d'assurance collective contenant des garanties similaires à celles de l'assurance maladie du SEMB SAQ.

Assurance vie de l'adhérent ⁽²⁾

- Poste régulier temps plein → Participation obligatoire
- Poste temps partiel 7/20 → Participation facultative, veuillez cocher l'une des cases suivantes :
 - J'adhère au régime d'assurance vie
 - Je refuse d'adhérer au régime d'assurance vie → (Veuillez noter que le refus d'adhérer à l'assurance vie pendant deux (2) années consécutives obligera l'employé admissible à fournir des preuves d'assurabilité pour toute demande d'assurance vie subséquente.)

NOTE (2) Si vous choisissez le statut de protection familial, monoparental ou exempté en assurance maladie, les garanties d'assurance vie complémentaire de l'adhérent et d'assurance vie des personnes à charge vous sont automatiquement accordées. Toutefois, si vous avez coché B ou C comme justification de l'exemption, les garanties d'assurance vie complémentaire de l'adhérent et d'assurance vie des personnes à charge ne sont pas accordées.

Assurance salaire de longue durée

- Poste régulier temps plein → Participation obligatoire
- Poste temps partiel 7/20 → Protection non disponible

Demande de changement

Événement :

- Cohabitation
- Mariage ou union civile
- Adoption
- Naissance
- Séparation ou divorce
- Fin d'assurance du conjoint
- Fin d'admissibilité des enfants
- Autre _____

Date de l'événement :

Bénéficiaire

La somme assurée sera payable à ma succession

OU Je désigne comme bénéficiaire à mon décès :

Nom(s) du(des) bénéficiaire(s) : _____

Lien de parenté avec la personne adhérente Conjoint(e) légal(e) Conjoint(e) de fait Conjoint(e) légal(e) et fils-filles Conjoint(e) de fait et fils-filles Fils-filles Père-mère Frères-soeurs Autre

Je choisis le statut * :

- Révocable (la désignation peut être changée en tout temps)
- Irrévocable (la désignation peut être changée seulement avec le consentement écrit du ou des bénéficiaire(s) nommé(s) irrévocable(s))

*Au Québec, en l'absence de choix d'un statut, la désignation du conjoint **légal** sera inscrite irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire sera inscrite révocable.

Signature de la personne adhérente

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 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 ÉGALEMENT QUE TOUTE FAUSSE DÉCLARATION PEUT ENTRAÎNER LA NULLITÉ DE LA PROTECTION. JE RECONNAIS AUSSI AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'AVIS AU VERSO CONCERNANT LES DOSSIERS ET LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET AVOIR CONSERVÉ COPIE DE LA PRÉSENTE DEMANDE.

Date : _____ Signature : _____

Administrateur du régime

Nom de l'organisme					N° groupe
Société des alcools du Québec (SAQ)					
N° d'employé(e)	N° de classe	Salaire annuel gagné	Date d'emploi	Date d'admissibilité	Demande remise par l'employé(e) à l'employeur
		\$	année mois jour	année mois jour	année mois jour
La personne adhérente est-elle admissible à un programme gouvernemental d'indemnité pour accidents du travail ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non					

Statut d'engagement

Régulier Temps plein Temps partiel 7/20

Emploi _____

Je certifie que les renseignements sont exacts et complets.

_____ Date _____ Nom et prénom en lettres moulées _____
 _____ N° téléphone _____ N° poste _____ Signature de l'administrateur _____

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, boul. 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 ssq.ca.