

**Identification de l'adhérent**

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance A   M   J
Adresse		N° d'employé	Tél. au travail
Ville	Province	Code postal	Tél. maison

Assurance maladies graves facultative	Adhésion	Changement	
	<input type="checkbox"/> Adhésion pour	<input type="checkbox"/> Ajout	<input type="checkbox"/> Diminution
Adhérent	Montant total	Montant détenu	Montant détenu
		Montant ajouté	Montant enlevé
		Montant total	Montant total
Conjoint <sup>1</sup>	Montant total	Montant détenu	Montant détenu
		Montant ajouté	Montant enlevé
		Montant total	Montant total
Enfant(s)	Montant total	Montant ajouté	Montant enlevé

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance A   M   J
-----	--------	---	--------------------------------

**Déclaration d'habitudes tabagiques**

Avant de déclarer que vous êtes une personne « non fumeuse », veuillez prendre connaissance de la définition qui suit. Toute fausse déclaration peut entraîner la nullité de la protection.  
« Non-fumeur » signifie une personne qui n'a pas fait usage de tabac (cigarettes, cigares, cigarillos, pipe, tabac à chiquer), de la marijuana ou de produits de nicotine (timbre, gomme, etc.) au cours des 12 derniers mois.

ADHÉRENT : Non-fumeur  \_\_\_\_\_ Signature de l'adhérent

CONJOINT : Non-fumeur  \_\_\_\_\_ Signature du conjoint

<sup>1</sup> Un assuré ne peut pas adhérer à l'Assurance maladies graves facultative à la fois à titre d'adhérent et de conjoint.

**Signature de l'adhérent**

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. Je certifie que les renseignements inscrits sur cette demande sont exacts et complets. Je déclare avoir pris connaissance de l'avis au verso concernant les dossiers et les renseignements personnels et avoir conservé copie de la présente demande.

Date : A | M | J \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**Administrateur du régime**

Nom du preneur			No. de police	
Date d'emploi A   M   J	Date d'admissibilité A   M   J	Formulaire reçu par l'administrateur du régime A   M   J	Capital assuré garanti de l'adhérent	Capital assuré garanti du conjoint

**Vous devez cocher la situation qui s'applique à cette demande et suivre les étapes proposées :**

**Demande d'adhésion ou d'ajout**

- Si votre police prévoit un montant de capital assuré garanti et que le montant demandé est égal ou inférieur, vous devez mettre en vigueur la protection à la date d'admissibilité et prélever les primes. Vous n'avez pas besoin d'aviser SSQ. Conserver le formulaire pour vos dossiers.
- Si votre police prévoit un montant de capital assuré garanti et que le montant demandé est supérieur, vous devez mettre en vigueur un montant égal au capital assuré garanti à la date d'admissibilité et prélever les primes. Pour obtenir l'excédent du capital assuré garanti, veuillez soumettre le formulaire à SSQ par télécopieur au service de sélection des risques au 1 866 720-9640.
- Si votre police prévoit un montant de capital assuré garanti et que l'adhérent n'y est pas admissible en raison d'une demande hors délai, veuillez soumettre le formulaire à SSQ par télécopieur au service de sélection des risques au 1 866 720-9640.
- Si votre police ne prévoit pas de montant de capital assuré garanti, veuillez soumettre le formulaire à SSQ par télécopieur au service de sélection des risques au 1 866 720-9640.

**Si le formulaire doit être soumis au service de la sélection des risques**

Aucun autre formulaire ne doit être complété par l'adhérent ou le conjoint. Le service de la sélection des risques communiquera directement avec la personne à assurer pour débiter le processus de sélection. Nous vous demandons d'en aviser votre employé. Vous serez avisé de la décision par un rapport qui sera transmis à l'administrateur mentionné à droite. Dans le cas d'une acceptation, vous devrez mettre en vigueur la protection à la date d'entrée en vigueur prévue au contrat et prélever les primes.

**Demande de diminution**

- Vous devez effectuer ce changement et ajuster la prime. Vous n'avez pas besoin d'aviser SSQ. Conserver le formulaire pour vos dossiers.

Je certifie que tous les renseignements ci-dessus sont exacts et complets.

Date : A | M | J \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nom et prénom en lettres moulées

\_\_\_\_\_ Signature de l'administrateur du régime

Tél. \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_

Courriel de l'administrateur du régime \_\_\_\_\_

## PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, SSQ, Société d'assurance inc. constituera un dossier d'assurance et de rente dans lequel seront versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ou de rente ainsi que les renseignements relatifs à toute demande de prestations d'assurance.

Seuls les employés ou mandataires qui seront responsables de la sélection des risques, des enquêtes et des demandes de prestations ou toute autre personne que vous aurez autorisée ont accès à ce dossier.

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 :

Protection des renseignements personnels

SSQ, Société d'assurance inc.

C.P. 10500, succ. Sainte-Foy

Québec (Québec) G1V 4H6

SSQ, Société d'assurance inc. détient une politique de protection des renseignements personnels. Pour obtenir une brochure explicative concernant cette politique, veuillez nous faire parvenir une demande écrite à l'adresse mentionnée ci-dessus.