

## Guide explicatif – Assurances collectives

SSQ- FSSS

---



Selon la loi sur l'assurance médicament du Québec, si votre employeur offre l'assurance médicaments vous avez l'obligation d'y adhérer et de couvrir vos personnes à charge.

Une personne salariée admissible **qui omet ou refuse de remplir sa demande d'adhésion aura automatiquement** la base médicaments et toutes couvertures obligatoires installées à votre dossier.

Afin de vous aider à compléter votre demande d'adhésion, vous trouverez ci-joint un formulaire annoté, ainsi que la foire aux questions ci-dessous.

### **Foire aux questions**

**1. Dois-je m'adhérer aux assurances si je suis une personne retraitée réembauchée?**

Non, car aucune personne retraitée réembauchée n'est admissible au présent régime d'assurance collective.

**2. Si je veux m'adhérer uniquement au minimum que dois-je choisir?**

Vous devez minimalement adhérer au régime d'assurance Santé I ainsi qu'à toutes les garanties obligatoires prévues au contrat, à moins de bénéficier du privilège d'exemption. (Voir question 13).

**3. Quel niveau de protection dois-je choisir ?**

La personne adhérente doit choisir entre les niveaux de protection suivants : **Santé I, Santé II ou Santé III**. Pour plus d'informations à ce sujet, veuillez vous référer au document « *En un coup d'œil* ».

La participation aux niveaux de protection **Santé II et Santé III** est facultative. Cependant, toute personne qui participe à l'un de ces niveaux doit maintenir sa participation pendant au moins **36 mois** avant de pouvoir modifier son choix à la baisse.

**4. Quels statuts de protections dois-je choisir?**

Le statut de protection à choisir dépend des personnes que vous devez protéger.

- Individuel : la personne adhérente (vous-même)
- Monoparental : Personne adhérente et enfant(s) à charge
- Familial : Personne adhérente, personne conjointe et enfant(s) à charge

Vous êtes dans l'obligation d'assurer votre conjoint avec vous, SAUF s'il possède déjà une assurance médicaments avec son propre employeur. Votre conjoint ne peut PAS être assuré auprès de la RAMQ.

**5. Mes personnes à charge doivent-elles avoir le même niveau de protection pour les médicaments que moi?**

Non, la personne adhérente peut choisir un niveau de protection égal ou inférieur au sien pour son conjoint et ses enfants à charge.

**6. Dois-je adhérer au régime de soins dentaires?**

Non, la participation au régime de soins dentaires est **facultative**. Par contre, toute personne qui choisit de participer au régime de soins dentaires doit maintenir sa participation au moins **36 mois** à compter de la date d'entrée en vigueur de cette couverture.

**7. Dois-je adhérer à l'assurance salaire de longue durée?**

Oui, cette couverture est **obligatoire** pour comme le prévoit votre convention collective. Ce régime complète le régime d'assurance salaire prévu à la convention collective de travail et procure à la personne adhérente invalide une prestation jusqu'à 65 ans.

**8. Dois-je adhérer à l'assurance-vie de base ?**

Non, mais à l'embauche **l'adhésion est automatique** à moins de renoncer à cette protection. Toutefois, si vous n'adhérez pas à cette protection à l'embauche et décidez d'y adhérer en cours d'emploi, vous devrez remplir un formulaire d'assurabilité afin que l'assureur analyse si vous êtes ou non admissible à cette protection.

L'assurance-vie peut être retirée à votre convenance en cours d'emploi. Il n'y a en effet, pas de période minimale d'adhésion requise par l'assureur.

**9. Dois-je adhérer à l'assurance-vie additionnelle ?**

Non, cette couverture est une protection **facultative**. Toutefois, si vous désirez bénéficier de l'assurance-vie additionnelle, vous devrez répondre aux formulaires d'assurabilité qui vous seront envoyés par l'assureur.

**10. Si je ne suis plus à l'emploi, ai-je toujours le droit à l'assurance-vie?**

Non, cette couverture prendra fin à votre départ de l'établissement.

**11. Quelle est la différence entre un bénéficiaire révocable et irrévocable?**

- Révocable : Vous pouvez changer de bénéficiaire en tout temps.
- Irrévocable : Vous pouvez changer de bénéficiaire uniquement avec le **consentement écrit** du bénéficiaire déjà nommé comme irrévocable.

**12. Qui dois-je nommer comme bénéficiaire de l'assurance-vie ?**

Le bénéficiaire est la personne qui recevra le montant d'assurance-vie si votre décès survient en cours d'emploi. Vous pouvez indiquer plusieurs bénéficiaires ou aucun bénéficiaire spécifique. Si aucun bénéficiaire n'est indiqué, le montant d'assurance-vie sera alors versé à votre succession.

**ATTENTION** : si vous désirez indiquer un enfant mineur comme bénéficiaire, veuillez prendre note que la gestion de son argent pourrait être soumise à des règles particulières. Pour plus de détails, s.v.p. consultez l'assureur ou votre notaire.

### **13. Comment bénéficier d'une exemption?**

Pour se prévaloir de son droit d'exemption, la personne adhérente doit faire la preuve qu'elle et ses personnes à charge sont assurées en vertu d'un autre régime d'assurance collective prévoyant une garantie d'assurance médicaments similaire.

Pour effectuer une demande d'exemption, vous devez obligatoirement nous faire parvenir les DEUX documents suivants :

- 1) le formulaire d'adhésion à l'assurance collective complété
- 2) la preuve de votre couverture d'assurance. Comme preuve d'exemption, nous acceptons les documents suivants :
  - Photocopie de la carte d'assurance collective
  - Photocopie du certificat d'assurance collective
  - Lettre de confirmation de l'employeur ou de l'assureur attestant de la couverture d'assurance et des personnes assurées.

Formulaire à remplir pour les employés de la catégorie 2- Personnel paratechnique, des services auxiliaires et de métiers



LA PERSONNE ADHÉRENTE DOIT REMPLIR LES SECTIONS 1-2-3-7 ET LES SECTIONS 4 ET 6 SI NÉCESSAIRE  
L'EMPLOYEUR DOIT REMPLIR LA SECTION 5 — LA SECTION 8 EST RÉSERVÉE À SSQ  
S'EMPLOIE SANS CARBONE — ÉCRIRE FERMEMENT S.V.P.  
C.P. 10500, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6



Remplir uniquement les sections pertinentes  
(La section 1 est obligatoire)

DEMANDE D'ADHÉSION   
DEMANDE DE CHANGEMENT

**1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale \_\_\_\_\_

**2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

N° tél. à la résidence \_\_\_\_\_ N° tél. au travail \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe M  F  Communication Fr.  Ang.

**DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

**3 RÉGIMES**

3.1 RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ (OBLIGATOIRE) Veuillez cocher une seule case selon le scénario de protection désiré. (Voir note 1 au verso)

Scénario de protection	Individuel			Monoparental						Familial					
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
Adhèrent	Santé I	Santé II	Santé III	Santé I	Santé II	Santé II	Santé III	Santé III	Santé III	Santé I	Santé II	Santé II	Santé III	Santé III	Santé III
Enfants à charge	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I
Conjoint et enfants à charge				Santé I	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I	Santé I

Exemption ► La portion de la section 5.13 relative à l'exemption doit être remplie par l'employeur. **ADHÉSION**  **CHANGEMENT**   
En cas d'exemption, vous devez nous fournir la preuve que vous êtes assuré avec un autre assureur.

3.2 RÉGIME DE SOINS DENTAIRES (FACULTATIF) Vous devez choisir une seule case selon le statut de protection désiré. (Voir note 2 au verso)

Statut de protection	Individuel			Monoparental			Familial			Terminaison		
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Adhèrent	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfants à charge	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3 RÉGIME OPTIONNEL I D'ASSURANCE VIE (FACULTATIF) (Voir notes 3 et 4 au verso)

3.3.1 DE BASE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (1 fois le salaire annuel)  Adhésion automatique  Je renonce à cette protection

3.3.2 ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (le montant peut être 1, 2, 3, 4 ou 5 fois le salaire annuel)

3.3.3 DE LA PERSONNE CONJOINTE ET DES ENFANTS À CHARGE  Adhésion automatique  Je renonce à cette protection

3.3.4 ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE (le montant peut être 1 à 10 tranches de 10 000 \$)

3.4 RÉGIME OPTIONNEL II D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (selon le vote de l'unité d'accréditation) (Voir notes 3, 4 et 5 au verso)

3.5 Événement justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement \_\_\_\_\_ (Pour les points 2 à 8)  
(Pour la cohabitation, indiquez la date de début)

1. COHABITATION  → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant \_\_\_\_\_  
(Vie maritale) → 1.2 Date de début de cohabitation \_\_\_\_\_

2. MARIAGE OU UNION CIVILE  6. SÉPARATION   
3. ADOPTION  7. DIVORCE   
4. NAISSANCE  8. PERTE DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE   
5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT \_\_\_\_\_

**4 BÉNÉFICIAIRE (À compléter si vous avez choisi 3.3.)**

Je désigne comme bénéficiaire (au décès) :

Conjoint(e) légal(e) (1)  Conjoint(e) de fait (7)  Fils-filles (2)  Conjoint(e) légal(e) et fils - filles (6)  Père-mère (3)  Conjoint(e) de fait et fils - filles (8)  Frères-Sœurs (4)

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)

Nom(s) du(des) bénéficiaire(s) : \_\_\_\_\_  
OU La somme assurée sera payable à la succession de l'adhérent

\* 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 EMPLOYEUR**

5.1 Nom de l'organisme \_\_\_\_\_ 5.2 N° d'établissement \_\_\_\_\_ 5.3 N° de groupe **A** ou **T**

5.4 (N° d'employé) \_\_\_\_\_ 5.5 Date d'emloi \_\_\_\_\_ 5.6 Date d'admissibilité \_\_\_\_\_ 5.7 Reçu de l'employé \_\_\_\_\_

5.8 STATUT D'ENGAGEMENT ET DÉLAI D'ADMISSIBILITÉ

- 5.8.1 personne salariée embauchée à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet dans un poste (1 mois)
- 5.8.2 personne salariée embauchée dans une catégorie d'emploi autre que la précédente (3 mois) sauf pour le régime Santé I (1 mois)

5.9 ABSENCE DU TRAVAIL?

5.9.1 Est-ce que la personne adhérente est présentement absente du travail?

5.9.2 Non  5.9.3 Oui Si oui, raison \_\_\_\_\_

5.9.4 Date du début de l'absence \_\_\_\_\_

5.9.5 a maintenu sa participation  5.9.6 a suspendu sa participation (sauf le régime d'assurance Santé I)

5.9.5 a maintenu sa participation  5.9.6 a suspendu sa participation (sauf le régime d'assurance Santé I)

5.10 POURCENTAGE DE TEMPS TRAVAILLÉ  
Cette personne adhérente a travaillé 25 % ou moins du temps complet au cours de la période de référence et a décidé de :

5.10.1  participer ou maintenir sa participation à l'assurance. (Voir note 5 au verso)

5.10.2  cesser de participer à l'assurance. (Voir note 6 au verso)

5.10.3  ne pas participer à l'assurance. (Voir note 6 au verso)

5.11 SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE (comme si 100 % du temps plein) \_\_\_\_\_ \$ / année

5.12 Je certifie que les renseignements sont exacts et complets.

N° tél. \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_

Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées) \_\_\_\_\_  
Signature du représentant de l'employeur \_\_\_\_\_

5.13 EXEMPTION

5.13.1 Début d'exemption ► 5.13.2 Date de début d'exemption \_\_\_\_\_ ► conservez la preuve de l'existence de l'assurance permettant l'exemption.

5.13.3 Fin d'exemption ► 5.13.4 Date de la fin d'exemption \_\_\_\_\_ ► conservez la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.

5.14 REMARQUES \_\_\_\_\_

**6 DÉCLARATION DE 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.»

Pour vous-même  À compléter si vous avez choisi 3.3.2. Pour votre personne conjointe  À compléter si vous avez choisi 3.3.4.

6.1 Date : \_\_\_\_\_ 6.2 Signature de la personne adhérente : \_\_\_\_\_ 6.3 Date : \_\_\_\_\_ 6.4 Signature de la personne conjointe : \_\_\_\_\_

**7 AUTORISATIONS ET SIGNATURE**

J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les primes requises en vertu des régimes que j'ai choisis. J'autorise mon employeur et SSQ 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 de plus avoir pris connaissance de l'avis au verso concernant les dossiers et les renseignements personnels et avoir conservé copie de la présente formule.

7.1 Date : \_\_\_\_\_ 7.2 Signature de la personne adhérente : \_\_\_\_\_ Signature Obligatoire

**8 SECTION SSQ**

N° groupe	N° certificat						En vigueur	Classe						Adhèrent sélection	
	MAL.	FRAIS DENT.	I.H.	R.I.P.	VIE	M.M.A.		VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	Non	Oui	RENTE	SURV.
BASE							P.A.C.		CONJOINT		ENFANTS				
ADD.															

Adhèrent(e) fumeur(se) Oui  Non   
Conjoint(e) fumeur(se) Oui  Non  Codifié par \_\_\_\_\_

Code certificat \_\_\_\_\_

Copie blanche pour SSQ — Copie jaune pour l'employeur — Copie rose pour la personne adhérente