

SECTION PERSONNE ADHÉRENTE

Identification de la personne adhérente

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

Renseignements généraux

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

SECTION PERSONNE ADHÉRENTE

Protections

Vous devez choisir un des types de protection suivants : (même s'il y a exemption)

Assurance maladie et assurance vie des personnes à charge (obligatoire)	INDIVIDUELLE	FAMILIALE	MONOPARENTALE	COUPLE
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Exemption assurance maladie (Je suis déjà assuré par un autre régime privé.)
Veuillez joindre à ce formulaire la preuve que vous détenez de l'assurance avec un autre régime privé. L'exemption ne s'applique pas à l'assurance vie des personnes à charge.

Assurance salaire longue durée (facultatif)¹

Je désire cette protection Je ne désire pas cette protection

Salaire annuel : _____

NOTE (1) Des preuves d'assurabilité seront exigées avant de confirmer votre participation à cette garantie. SSQ vous fera parvenir les documents nécessaires.

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 L'ARPQ À PRÉLEVER LES PRIMES REQUISES EN VERTU DES PROTECTIONS QUE J'AI CHOISIES. J'AUTORISE L'ARPQ 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 : _____

SECTION ADMINISTRATEUR

Administrateur du régime

Nom de l'organisme auquel facturer				
N° groupe	N° de membre	Date d'adhésion à l'ARPQ année mois jour	Date d'admissibilité année mois jour	Demande remise par le membre à l'ARPQ année mois jour

Signature de l'administrateur

Je certifie que les renseignements sont exacts et complets.

Date

Nom et prénom en lettres moulées

N° téléphone _____ N° poste _____

Signature de l'administrateur

Section SSQ

N° groupe	N° certificat						En vigueur année mois jour			Classe	Adhérent sélection Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/>	
	MAL.	FRAIS DENT.	I.H.	R.I.P.	VIE	M.M.A.	VIE P.À.C.	M.M.A. CONJOINT	VIE ENFANTS	M.M.A.	RENTES SURV.	
BASE												
ADD.												
Adhérent(e) fumeur(se) OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>		Conjoint(e) fumeur(se) OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>		Codifié par _____ le _____						Code certificat		

Dossier et renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, SSQ, Société d'assurance-vie 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.

Votre dossier sera conservé dans les bureaux de l'entreprise à Sainte-Foy.

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 : SSQ, Société d'assurance-vie inc., C.P. 10500, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec), G1V 4H6, à l'attention du responsable de l'accès à l'information.