

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 (obligatoire)

Salaire annuel : _____

Exemption assurance salaire longue durée (Je suis déjà assuré par un autre contrat collectif ou individuel.)
Veuillez joindre à ce formulaire la preuve de votre protection d'assurance salaire longue durée avec un autre contrat collectif ou individuel.

NOTE (1) Le choix de s'exempter de l'assurance salaire longue durée est une décision irrévocable dans le cas où vous êtes assuré par un contrat individuel.

Bénéficiaire

La somme assurée sera payable à ma succession

OU

Je désigne comme bénéficiaire à mon décès :

Nom(s) du(des) bénéficiaire(s): _____

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))

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

* 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 | M.M.A. ENFANTS | 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.