

REGROUPEMENT DES EMPLOYÉS RETRAITÉS DE LA VILLE DE MONTRÉAL (RER-VM) POLICE 15T00

Identification de la personne adhérente

Nom	Prénom	Numéro de certificat si vous êtes déjà assuré
-----	--------	---

Renseignements généraux

Adresse		N° de téléphone résidentiel	
Ville	Province	N° de téléphone cellulaire	
Code postal	Courriel	Date de naissance année mois jour	Langue de communication <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Anglais
<input type="radio"/> Moins de 65 ans <input type="radio"/> 65 ans et plus		Date de la retraite année mois jour	Sexe <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
		Date d'admissibilité année mois jour	

Assurance maladie

	BASE (Sans assurance voyage)	ENRICHI (Avec assurance voyage)
Vous devez choisir un des deux types de régime suivants :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	INDIVIDUELLE	FAMILIALE
Vous devez choisir un des deux types de protection suivants :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Déclaration d'événement de vie

Veillez cocher la case appropriée vis-à-vis la raison pour laquelle vous demandez une modification.

✓	Événement de vie	Date de l'événement	Délaï pour faire la demande de modification
	Mariage, début d'une union civile	Date du mariage ou du début de l'union civile année mois jour	45 jours suivant la date de l'événement
	Nouveau conjoint de fait (cohabitation de plus de douze (12) mois ou enfant né de cette union)	Date suivant 12 mois de cohabitation ou jour de la naissance de l'enfant année mois jour	
	Naissance, adoption d'un premier enfant	Jour de la naissance ou de l'adoption année mois jour	
	Divorce, séparation ou fin d'une union de fait	Date du divorce ou de la séparation ou de la fin de l'union de fait année mois jour	
	Décès du conjoint ou d'un enfant	Date du décès année mois jour	
	Fin de l'admissibilité d'un dernier enfant à charge	Date de la fin de l'admissibilité année mois jour	
	Début ou fin de la protection du régime du conjoint	Date du début ou de la fin de la protection année mois jour	
	Atteinte de l'âge de 65 ans	Date d'anniversaire année mois jour	

Votre conjoint admissible réside au Canada et est la personne qui :

- est liée à vous par une union civile ou par un mariage légalement reconnu;
- vit maritalement avec vous depuis au moins 12 mois;
- vit maritalement avec vous et un enfant est issu de votre union.

Votre enfant à charge admissible est celui à l'égard duquel vous ou votre conjoint exercez une autorité parentale ou l'exerceriez s'il était mineur et qui :

- est âgé de 24 heures ou plus;
- est âgé de moins de 21 ans;
- est âgé de 25 ans ou moins, n'a pas de conjoint, et étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu;
- quel que soit son âge, est atteint d'une invalidité physique ou mentale grave, ne reçoit pas de prestations de programmes d'aide de dernier recours prévus par les lois provinciales, réside avec le père, la mère ou avec un tuteur légal. Vous devez compléter le formulaire « Assurance des enfants invalides ».

Signature de la personne adhérente

"J'autorise mon association à déduire de ma rente les primes requises en vertu des protections que j'ai choisies. J'autorise mon association et l'assureur à utiliser pour fins administratives les renseignements contenus dans cette demande. 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."

Signature	Date
-----------	------

Je certifie que les renseignements sont exacts et complets.

Date	Nom et prénom en lettres moulées
N° tél.	Signature de l'administrateur

Veillez transmettre le formulaire à l'adresse suivante : **Regroupement des employés retraités de la ville de Montréal, 791 rue Jarry est, Montréal (Québec) H2P 1W3**

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, succ. Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6, à l'attention du responsable de l'accès à l'information.