

IMPORTANT

Vous devez remplir et joindre le formulaire *Déclaration ou mise à jour des personnes à charge* à ce document.

Lorsque vous déclarez votre conjoint à votre dossier de personnes à charge, vous devez nous transmettre la déclaration de ses protections d'assurance. Faute de nous transmettre cette déclaration, votre conjoint sera considéré comme assuré secondaire pour l'ensemble des bénéfices prévus à votre régime. Pour effectuer des mises à jour par la suite, des preuves pourraient être requises.

Veuillez écrire en lettres moulées.

1. IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

L'assuré est le salarié ou le retraité de l'industrie de la construction.

Nom	Prénom	N° de client à la CCQ
-----	--------	-----------------------

2. IDENTIFICATION DU CONJOINT

Nom	Prénom
Votre conjoint a-t-il une couverture d'assurance collective ? <input type="checkbox"/> Non, mon conjoint n'a pas d'assurance collective. Allez à la section 3. <input type="checkbox"/> Oui. Est-ce que votre conjoint est travailleur de la construction?	
<input type="checkbox"/> Oui, indiquez son numéro de client : _____ <input type="checkbox"/> Non, mon conjoint est assuré par une autre compagnie d'assurance :	
Nom de la compagnie d'assurance	Date d'entrée en vigueur de la couverture d'assurance (AAAA-MM-JJ)
Type de couverture <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Individuelle	
Cocher la ou les catégories de bénéfices couverts par sa protection : <input type="checkbox"/> Hébergement (chambre d'hôpital) <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Services de santé complémentaires (frais de laboratoire, soins paramédicaux, articles médicaux, etc.) <input type="checkbox"/> Soins de la vue <input type="checkbox"/> Soins dentaires	

3. SIGNATURES

- Je déclare que tous les renseignements inscrits sur ce formulaire sont exacts ;
- Je déclare avoir l'autorisation de mes personnes à charge de divulguer ou de recevoir des renseignements à leur sujet concernant leurs demandes de prestations. Mes personnes à charge comprennent que ces renseignements seront vus par moi et qu'ils seront utilisés par la Commission de la construction du Québec (CCQ) à des fins de gestion et d'administration de mon régime ;
- Je m'engage à informer la CCQ advenant un changement de situation qui implique l'admissibilité de mes personnes à charge (ex. : cessation de cohabitation avec mon conjoint à la suite de l'échec de l'union, abandon scolaire, fin d'études ou modification de l'état matrimonial de mon enfant à charge majeur, etc.) ;
- Je comprends que la CCQ peut refuser une réclamation relative à une personne à charge à la suite d'une fausse déclaration ou à une omission de mettre à jour les informations la concernant. Je comprends également que la CCQ peut, le cas échéant, me réclamer directement tout montant qu'elle a versé en lien avec une telle réclamation ou considérer qu'il s'agit d'un versement excédentaire qu'elle peut déduire de mes prochaines demandes de prestations.

Signature de l'assuré

Date (AAAA-MM-JJ)

Signature du conjoint

Date (AAAA-MM-JJ)

Vous avez la possibilité de mettre à jour votre dossier en ligne à sel.ccq.org, section « MÉDIC en ligne ».

Veuillez retourner ce formulaire ainsi que les pièces justificatives, s'il y a lieu, à cette adresse :

- Par la poste : Commission de la construction du Québec
Case postale 2414, succursale Chabanel
Montréal (Québec) H2N 0C8
- Par télécopieur : 514 341-4468