

Ce formulaire dûment complété doit être retourné à la CCQ au plus tard le  
pour la période d'assurance débutant le

**SECTION A**

**IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ**

Si l'identité de l'assuré (salarié ou retraité de l'industrie de la construction) et son numéro d'assurance sociale ne sont pas déjà imprimés, veuillez les inscrire ci-dessous (en lettres moulées)

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE

NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_ PRÉNOM(S) \_\_\_\_\_

NUMÉRO, RUE, APPARTEMENT \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

COMTÉ, PROVINCE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

**SECTION B**

**AVIS IMPORTANT**

**Pour obtenir le remboursement des soins médicaux (médicaments, lunettes, soins dentaires, etc) de votre conjoint et pour qu'il puisse utiliser sa carte MÉDIC Construction, vous devez compléter ce formulaire et le retourner à l'adresse indiquée au bas de la page. Consultez le dépliant «Déclaration des protections d'assurance du conjoint» pour plus d'informations.**

**SECTION C**

**IDENTIFICATION DU CONJOINT DE L'ASSURÉ**

NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_ PRÉNOM (8 PREMIÈRES LETTRES) \_\_\_\_\_

1. Si votre conjoint est \_\_\_\_\_, **cochez** la case

Si le nom indiqué ci-dessus n'est pas celui de votre conjoint, ne cochez pas la case. MÉDIC Construction communiquera avec vous pour corriger votre dossier. Allez à la **SECTION E - DÉCLARATION SOLENNELLE**.

a) Est-ce que votre conjoint est un travailleur de la construction ?   
Si oui, veuillez nous indiquer son numéro d'assurance sociale. \_\_\_\_\_

2. a) Si votre conjoint n'a pas de couverture d'assurance collective (autre que MÉDIC Construction), **cochez** la case   
et allez à la **SECTION E - DÉCLARATION SOLENNELLE**.

b) Si votre conjoint a une couverture d'assurance collective (autre que MÉDIC Construction), **cochez** la case   
et allez à la **SECTION D - DÉCLARATION D'ASSURANCE DU CONJOINT**.

**DÉCLARATION D'ASSURANCE DU CONJOINT DE L'ASSURÉ**

**SECTION D**

**Attention : assurance (autre que Médic Construction)**

**Si vous avez coché la case à la question 2 b), vous devez répondre aux questions 3 et 4.**

3. Si l'assurance de \_\_\_\_\_ rembourse les frais suivants, **COCHEZ** la case correspondante

<b>FRAIS MÉDICAUX</b>	<b>FRAIS PROFESSIONNELS</b>	<b>FRAIS DENTAIRES</b>
SOINS DE LA VUE <input type="checkbox"/>	CHIROPRACTICIEN <input type="checkbox"/>	SOINS DE BASE <input type="checkbox"/>
MÉDICAMENTS <input type="checkbox"/>	MASSOTHÉRAPEUTE <input type="checkbox"/>	SOINS MAJEURS <input type="checkbox"/>
CHAMBRE D'HÔPITAL <input type="checkbox"/>	ORTHOPHONISTE <input type="checkbox"/>	ORTHODONTIE <input type="checkbox"/>
TRANSPORT EN AMBULANCE <input type="checkbox"/>	ACUPUNCTURE <input type="checkbox"/>	
FRAIS D'URGENCE MÉDICALE HORS CANADA <input type="checkbox"/>	AUDIOLOGISTE <input type="checkbox"/>	
	PHYSIOTHÉRAPEUTE <input type="checkbox"/>	
<b>SALAIRE-VIE</b>	PSYCHOLOGUE <input type="checkbox"/>	
ASSURANCE SALAIRE <input type="checkbox"/>	PODIATRE <input type="checkbox"/>	
ASSURANCE VIE <input type="checkbox"/>	TRAVAILLEUR SOCIAL <input type="checkbox"/>	

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR : \_\_\_\_\_

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE QUI REMBOURSE CES FRAIS : \_\_\_\_\_

4. **COCHEZ** la case si votre conjoint a une couverture d'assurance **FAMILIALE**  **INDIVIDUELLE**   
**AUTRE**  PRÉCISEZ : \_\_\_\_\_

**ATTENTION : VOUS DEVEZ AVISER MÉDIC CONSTRUCTION POUR TOUT CHANGEMENT CONCERNANT L'ASSURANCE DE VOTRE CONJOINT CI-HAUT MENTIONNÉ.**

**DÉCLARATION SOLENNELLE**

**SECTION E**

Nous déclarons que tous les renseignements inscrits sur ce formulaire sont complets et véridiques. Nous comprenons que faire une fausse déclaration constitue une infraction grave et nous expose à des recours légaux. Nous comprenons que nous devons rembourser à MÉDIC Construction tous les montants payés en trop.

Signature de l'assuré \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature du conjoint de l'assuré \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**EXPÉDIEZ CE FORMULAIRE  
LE PLUS TÔT POSSIBLE À :**



Commission  
de la construction  
du Québec

DIRECTION AVANTAGES SOCIAUX  
SECTION ASSURANCE MALADIE  
C.P. 1212 SUCCURSALE MONT-ROYAL  
MONTREAL (QUEBEC) H3P 3N8

**ENGLISH COPY AVAILABLE  
UPON REQUEST  
(SEE REVERSE)**

## DÉLAIS DE TRAITEMENT

À compter de la date de réception des documents requis, MÉDIC Construction vise à traiter votre demande d'admissibilité aux régimes d'assurance à l'intérieur d'un délai de 3 semaines. Cependant, ce délai peut être plus long suite aux périodes de vacances de l'industrie de la construction.

## PLUS D'INFORMATIONS ?

Vous pouvez communiquer avec votre représentant syndical ou patronal, ou encore avec le personnel du service à la clientèle de la CCQ :

### Bureaux régionaux CCQ



Abitibi-Témiscamingue.....819 825-4477  
Bas-Saint-Laurent-Gaspésie.....418 724-4491  
Côte-Nord .....418 962-9738  
ou 418 589-3791  
Estrie .....819 348-4115  
Mauricie-Bois-Francs .....819 379-5410



Montréal .....514 341-2686  
Outaouais.....819 243-6020  
Québec.....418 624-1173  
Saguenay-Lac-St-Jean .....418 549-0627  
Ligne sans frais.....1 888 842-8282

Site internet de la CCQ : [www.ccq.org](http://www.ccq.org)

Ce site offre également des liens avec les sites des associations.