



**IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ**

ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE		DATE DE NAISSANCE A M J			
NOM DE FAMILLE		NUMÉRO, RUE			APPARTEMENT
PRÉNOM(S)		VILLE			
Pour effectuer un changement d'adresse, rendez-vous dans les services en ligne à <a href="http://sel.ccq.org">sel.ccq.org</a> ou remplissez le <i>Formulaire de changement d'adresse</i> disponible au <a href="http://ccq.org">ccq.org</a> .		PROVINCE	CODE POSTAL		

Veillez indiquer votre état matrimonial. Cochez «» une seule case.

ÉTAT MATRIMONIAL DE L'ASSURÉ			
1 <input type="checkbox"/> MARIÉ	<input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE	5 <input type="checkbox"/> DIVORCÉ	7 <input type="checkbox"/> VEUF
2 <input type="checkbox"/> UNI CIVILEMENT	4 <input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT	6 <input type="checkbox"/> SÉPARÉ	

**REMARQUE IMPORTANTE**

L'assuré est le salarié ou le retraité de l'industrie de la construction. Un assuré ayant des personnes à charge doit les inscrire à son régime d'assurance. Les réclamations d'assurance maladie et dentaire effectuées pour les personnes à charge seront traitées lorsque ces personnes auront été inscrites. Pour inscrire vos personnes à charge, la Commission de la construction du Québec exige que vous fournissiez les preuves justifiant les informations que vous avez inscrites sur ce document. Voir le feuillet détachable.

**IDENTIFICATION DU CONJOINT**

Cette personne cohabite avec l'assuré depuis

DATE		
A	M	J

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	DATE DE NAISSANCE A M J	SEXE M F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
----------------	-----------	----------------------------	--

Veillez indiquer son état matrimonial. Cochez «» une seule case.

ÉTAT MATRIMONIAL DU CONJOINT	
1 <input type="checkbox"/> MARIÉ	5 <input type="checkbox"/> DIVORCÉ
2 <input type="checkbox"/> UNI CIVILEMENT	6 <input type="checkbox"/> SÉPARÉ
3 <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE	7 <input type="checkbox"/> VEUF
4 <input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT	

**IMPORTANT**

Documents à fournir pour l'admissibilité du conjoint. Voir le feuillet détachable, page 1. Si vous désignez un conjoint, vous devez remplir le formulaire N° 6A «Déclaration des protections d'assurance du conjoint.» Voir page suivante.

**IDENTIFICATION DES ENFANTS À CHARGE**

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	DATE DE NAISSANCE A M J	SEXE M F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INVALIDE OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	DATE DE NAISSANCE A M J	SEXE M F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INVALIDE OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	DATE DE NAISSANCE A M J	SEXE M F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INVALIDE OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	DATE DE NAISSANCE A M J	SEXE M F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INVALIDE OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**IMPORTANT**

Documents à fournir pour l'admissibilité des enfants à charge. Voir le feuillet détachable, page 2.

**SIGNATURE DE L'ASSURÉ**

Je déclare que tous les renseignements inscrits sur ce formulaire sont complets et véridiques. Je comprends que faire une fausse déclaration constitue une infraction grave et m'expose à des recours légaux.

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE À:

Commission de la construction du Québec  
C. P. 2414 succursale Chabanel  
Montréal (Québec)  
H2N 0C8

SIGNATURE DE L'ASSURÉ OBLIGATOIRE	DATE
-----------------------------------	------

Veillez inscrire votre numéro de téléphone

IND. RÉG.	N° DE TÉLÉPHONE DOMICILE
-----------	--------------------------

IND. RÉG.	N° DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE
-----------	----------------------------

English copy upon request. Ask for the «Declaration of dependents by the insured person».

Bien que le masculin soit utilisé dans les textes, les mots relatifs aux personnes désignent aussi bien les hommes que les femmes.

Réservé à la CCQ  
Form 6A reçu

### Définition du terme «conjoint»

En vertu du Règlement sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux dans l'industrie de la construction, aux fins des régimes d'assurance, le conjoint est la personne de sexe différent ou de même sexe qui répond à l'une des conditions suivantes:

- elle est mariée ou unie civilement à l'assuré; OU
- elle vit maritalement avec l'assuré depuis au moins 12 mois; OU
- elle vit maritalement avec l'assuré dans l'une des situations suivantes:
  - au moins un enfant est né de leur union;
  - ils ont conjointement adopté au moins un enfant durant leur période de vie maritale;
  - l'un d'eux a adopté au moins un enfant de l'autre durant leur période de vie maritale;
  - ils ont, dans le passé, vécu ensemble maritalement pour une période d'au moins 12 mois consécutifs.

N'est plus le conjoint d'un assuré la personne qui a cessé de cohabiter avec cet assuré à la suite de l'échec de leur union, depuis plus de 90 jours ou, selon le cas, à compter de la date où une autre personne devient le conjoint de cet assuré.

Malgré l'alinéa précédent, aux fins des protections d'assurance vie, n'est plus le conjoint d'un assuré la personne qui a cessé de cohabiter avec cet assuré à la suite de l'échec de leur union.

### Preuves à fournir selon la déclaration de l'état matrimonial du conjoint

#### Situation 1: Si vous avez coché la case 1:

Nous acceptons les photocopies des preuves exigées ci-dessous. Vous devez fournir un des documents suivants: certificat de mariage ou copie d'acte de mariage émis par le Directeur de l'état civil, acte de naissance avec annotation de mariage, certificat de mariage émis par une paroisse avant le 1<sup>er</sup> janvier 1994, attestation d'une déclaration de mariage dans le cas d'un mariage civil.

#### Situation 2: Si vous avez coché la case 2:

Nous acceptons les photocopies des preuves exigées ci-dessous. Vous devez fournir un des documents suivants: certificat d'union civile ou copie d'acte d'union civile émis par le Directeur de l'état civil.

#### Situation 3: Si vous avez coché la case 3, 4, 5, 6 ou 7:

Nous acceptons les photocopies des preuves exigées ci-dessous.

**S'il s'agit d'une cohabitation sans enfant en commun ou s'il s'agit d'une cohabitation avec enfant en commun né il y a plus d'un an de la date du jour**, vous devez fournir une preuve de résidence du conjoint datée d'au moins 12 mois avant la date de la présente demande et une autre preuve datée du mois de la demande. Les 2 documents fournis doivent couvrir au moins 12 mois de cohabitation.

**S'il s'agit d'une cohabitation avec enfant en commun né depuis moins d'un an de la date du jour**, vous devez fournir une preuve de résidence du conjoint datée du mois de la naissance de l'enfant et une autre preuve datée du mois de la demande.

### Précisions sur les preuves acceptables

Pour être acceptable, une preuve de résidence doit satisfaire aux 3 conditions suivantes:

1. L'adresse du conjoint indiquée sur la preuve est identique à celle de l'assuré, selon le registre de la CCQ, à la date de la preuve.
2. La preuve est un document provenant d'un organisme officiel ou d'une compagnie reconnue. (Voir exemples ci-dessous)
3. Le document soumis en preuve doit contenir la date de son émission, le nom et prénom du conjoint et son adresse civique complète. De façon générale, la date d'émission ou de facturation des documents est celle retenue par la CCQ pour l'étude de votre demande.

#### Exemples de preuves

- Facture de services publics : téléphone, cellulaire, câble, gaz, etc.
- Relevé de taxes : eau, municipales, scolaires.
- Relevé d'allocations familiales, d'assurance-emploi (EDSC), de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ).
- Historique des adresses antérieures disponible gratuitement aux comptoirs de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ).
- Relevé de banque ou de carte de crédit.

**Les formulaires de bail, de déclaration de revenus, de facture d'achat de médicaments sont refusés.**

## Définition du terme «enfant à charge» et documents à fournir selon sa situation

Est considéré «enfant à charge», l'enfant sans conjoint de l'assuré ou de son conjoint, dont l'assuré subvient dans une large mesure aux besoins, dans l'un ou l'autre des cas suivants:

### 1<sup>o</sup> il est âgé de moins de 18 ans;

Pour chaque enfant, fournir une photocopie d'un des documents suivants: certificat de naissance indiquant le nom des parents (le certificat de poche est refusé puisqu'il n'indique pas le nom des parents), copie d'acte de naissance émis par le Directeur de l'état civil, déclaration de naissance (généralement remplie à l'hôpital), avis de confirmation d'inscription de naissance émis par le Directeur de l'état civil ou jugement d'adoption. Vous n'avez besoin de soumettre ce document qu'une seule fois pour faire reconnaître votre enfant.

### 2<sup>o</sup> il est âgé de 25 ans ou moins et il fréquente à plein temps une maison d'enseignement reconnue par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport;

Pour un enfant âgé de 18 ans ou plus mais de moins de 26 ans, vous devez fournir le formulaire numéro 4 «Attestation de fréquentation scolaire» en plus d'une preuve de naissance, si cela n'a pas déjà été fait. Le formulaire numéro 4 doit être fourni deux fois par année. Le formulaire fourni pour la session d'hiver permet de reconnaître l'enfant pour la période de janvier à août. Le formulaire fourni pour la session d'automne permet de reconnaître l'enfant pour la période de septembre à décembre. Le formulaire doit être rempli par l'établissement après le début des cours de la session visée.

### 3<sup>o</sup> il est devenu invalide alors qu'il remplissait les conditions du paragraphe 1<sup>o</sup> ou 2<sup>o</sup> et il est continuellement resté invalide depuis.

Si l'invalidité a débuté avant l'âge de 18 ans, fournir un certificat médical. Si l'invalidité a débuté alors que l'enfant était âgé de 18 ans ou plus mais de moins de 26 ans, fournir le formulaire numéro 4 «Attestation de fréquentation scolaire» pour la session au cours de laquelle a débuté l'invalidité et un certificat médical.

### On considère comme l'enfant d'un assuré un enfant à l'égard de qui cet assuré exerce l'autorité parentale.

Fournir le certificat de naissance de l'enfant et un jugement attribuant l'autorité parentale.

## Plus d'informations?

Pour obtenir de l'aide ou pour plus d'informations, communiquez avec votre représentant syndical ou patronal, ou encore avec le service à la clientèle de la CCQ au 1 888 842-8282 ou consultez le ccq.org.

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 remplir ce formulaire. Si vous avez désigné un conjoint à la section « Identification du conjoint » du formulaire N°3, vous devez remplir le formulaire N° 6A.

**SECTION A IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ**

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

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM(S)

\_\_\_\_\_

**SECTION B IDENTIFICATION DU CONJOINT DE L'ASSURÉ**

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM(S)

\_\_\_\_\_

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

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

Si vous avez coché la case à la question 2 (Section B), vous devez répondre aux questions 3 et 4.

3. Si l'assurance (autre que MÉDIC Construction) du conjoint identifié à la Section B rembourse les frais suivants, **cochez** la case correspondante

**FRAIS MÉDICAUX**

- EXAMEN DE LA VUE
- LUNETTES
- MÉDICAMENTS
- CHAMBRE D'HÔPITAL
- TRANSPORT EN AMBULANCE
- FRAIS D'URGENCE MÉDICALE HORS CANADA
- LABORATOIRE
- DIVERS

**FRAIS PROFESSIONNELS**

- CHIROPRACTICIEN
- MASSOTHÉRAPEUTE
- ORTHOPHONISTE
- ACUPUNCTURE
- AUDIOLOGISTE
- PHYSIOTHÉRAPEUTE
- PSYCHOLOGUE
- PODIATRE
- TRAVAILLEUR SOCIAL

**FRAIS DENTAIRES**

- SOINS DE BASE
- SOINS MAJEURS
- ORTHODONTIE

**SALAIRE-VIE**

- ASSURANCE SALAIRE
- ASSURANCE VIE

• Date d'entrée en vigueur : [A|A|A|A|M|M|J|J] • Numéro de police : \_\_\_\_\_ • Numéro de contrat : \_\_\_\_\_  
• 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.**

**SECTION D DÉCLARATION SOLENNELLE**

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

**Veillez retourner ce formulaire avec le formulaire no 3 «Déclaration par l'assuré de ses personnes à charge».**