



IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM(S)

NUMÉRO, RUE, APPARTEMENT

VILLE

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE	DATE DE NAISSANCE A M J	SEXE M F
----------------------------	----------------------------	-------------

PROVINCE

CODE POSTAL

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

ÉTAT MATRIMONIAL DE L'ASSURÉ	
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	

**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 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
----------------	-----------	----------------------------	-------------

**Veillez indiquer votre 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 feuillet détachable, page 1.

Si vous désignez un conjoint, vous devez compléter le formulaire no 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	INVALIDE OUI NON
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	DATE DE NAISSANCE A M J	SEXE M F	INVALIDE OUI NON
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	DATE DE NAISSANCE A M J	SEXE M F	INVALIDE OUI NON
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	DATE DE NAISSANCE A M J	SEXE M F	INVALIDE OUI NON

IMPORTANT

Documents à fournir pour admissibilité des enfants à charge. Voir 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. 1414 succursale Mont-Royal
Montréal (Québec)
H3P 3C1

SIGNATURE DE L'ASSURÉ OBLIGATOIRE _____ DATE _____

Veillez inscrire votre numéro de téléphone

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

Si vous désirez obtenir des informations additionnelles, contactez votre bureau régional ou le bureau de votre association.

Détachez

Définition du terme «conjoint»

En vertu du Règlement sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux dans l'industrie de la construction, pour les 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 par 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, pour les fins des protections d'assurance vie, n'est plus le conjoint d'un assuré la personne qui a cessé de cohabiter avec cet assuré par 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 1er janvier 1994, attestation d'une déclaration de mariage dans le cas d'un mariage civil, contrat de mariage notarié.

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, les 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: . . Électricité, téléphone, câble, gaz, etc.
- Relevé de taxes: Eau, municipales, scolaires.
- Relevé d'impôt: (T4, avis de cotisation, etc.)
T4 2010 = Preuve janvier 2011
Relevé1 2010 = Preuve janvier 2011
- Relevé d'allocations familiales, d'assurance emploi (RHDC), de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST), de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ).
- Permis de conduire.
- Relevé d'assurance vie, de propriété, d'automobile, de carte de crédit, d'abonnement.

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^o 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 complétée 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^o 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^o il est devenu invalide alors qu'il remplissait les conditions du paragraphe 1^o ou 2^o 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 ?

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
 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-Saint-Jean 418 549-0627

Ligne sans frais. 1 888 842-8282

Site internet de la CCQ: www.ccq.org

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

Bureaux régionaux - Directeur de l'état civil



Montréal 514 864-3900
 Québec 418 643-3900
 Autres régions du Québec 1 800 567-3900 (sans frais)

Site internet: www.etatcivil.gouv.qc.ca

À compter du 1^{er} juillet 2003, 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. Si vous avez désigné un conjoint à la section «Identification du conjoint» du formulaire no 3, vous devez compléter le formulaire no 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

- SOINS DE LA VUE
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

Détachez

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