

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

FRAIS MÉDICAUX	FRAIS PROFESSIONNELS	FRAIS DENTAIRES
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"/>	SALAIRE-VIE
LABORATOIRE <input type="checkbox"/>	PHYSIOTHÉRAPEUTE <input type="checkbox"/>	ASSURANCE SALAIRE <input type="checkbox"/>
DIVERS <input type="checkbox"/>	PSYCHOLOGUE <input type="checkbox"/>	ASSURANCE VIE <input type="checkbox"/>
	PODIATRE <input type="checkbox"/>	
	TRAVAILLEUR SOCIAL <input type="checkbox"/>	

• **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.

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. 2212 SUCCURSALE YOUVILLE
MONTREAL (QUEBEC) H2P 0A5

**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-Nord418 962-9738
ou 418 589-3791
Estrie819 348-4115
Mauricie-Bois-Francs819 379-5410



Montréal514 341-2686
Outaouais.....819 243-6020
Québec.....418 624-1173
Saguenay-Lac-St-Jean418 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.