

Un régime d'assurance collective assuré par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances et administré par :

Sogemec
ASSURANCES
Cabinet de services financiers

ASSURANCES MÉDICAMENTS, MALADIE ET SOINS DENTAIRES

A IDENTIFICATION

Nom		N° de certificat		Date de naissance AAAA MM JJ	
Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Adresse - N°, rue <input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Bureau		N°s de téléphone			
Ville		Province		Code postal	
N° de pratique (membre)		Date d'entrée en vigueur de l'assurance : AAAA MM JJ		Bur. : ()	
Spécialité		Rés. : ()			
Adresse électronique					

B CHOIX DES GARANTIES – ADHÉRENTS DE MOINS DE 65 ANS.

- Toutes les garanties offertes sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions stipulées au contrat.
- Pour les résidents du Québec seulement : La loi prévoit un délai de 10 jours pour annuler une garantie facultative. Pour connaître les conditions, consulter le formulaire Avis de résolution n° 19210F sur desjardinsassurancevie.com/adherent.

GARANTIE H – ASSURANCES MÉDICAMENTS ET MALADIE – Le choix de l'option est valide pour une période minimale de 2 ans.

<input type="checkbox"/> OPTION 1 – ASSURANCE MÉDICAMENTS	<input type="checkbox"/> OPTION 2 – ASSURANCES MÉDICAMENTS ET MALADIE	<input type="checkbox"/> OPTION 3 – ASSURANCE MÉDICAMENTS LISTE RAMQ
Franchise : • 100 \$ - individuelle et monoparentale • 200 \$ - couple et familiale Coassurance : • 75 % Contribution annuelle maximale par adulte : • Selon le montant maximal de la RAMQ Protection : • Médicaments ne pouvant s'obtenir que sur ordonnance médicale • Assurances voyage et annulation de voyage	Franchise : • 200 \$ - individuelle et monoparentale • 400 \$ - couple et familiale Coassurance : • médicaments : 80 % Contribution annuelle maximale par adulte : • Selon le montant maximal de la RAMQ Coassurance : • frais médicaux et paramédicaux : 80 % des frais admissibles Protection : • Médicaments ne pouvant s'obtenir que sur ordonnance médicale • Assurances voyage et annulation de voyage • Frais médicaux et paramédicaux	Franchise : • 150 \$ - Individuelle et monoparentale • 300 \$ - Couple et familiale Coassurance : • 66 % Contribution annuelle maximale par adulte : • Selon le montant maximal de la RAMQ Protection : • Médicaments - Liste RAMQ
Des preuves d'assurabilité peuvent être requises – Veuillez consulter la section C.		

GARANTIE I – ASSURANCE SOINS DENTAIRES

La garantie est facultative mais conditionnelle à l'adhésion à l'option 2. Le choix de cette garantie est valide pour une période minimale de 3 ans. Aucun remboursement pour des frais dentaires engagés dans les six premiers mois de l'assurance n'est accordé si l'adhésion à cette garantie parvient à l'assureur 180 jours après votre date d'admissibilité.

Franchise : 100 \$	Coassurance : 100 % - Base et prévention 80 % - Restauration mineure 50 % - Restauration majeure Maximum par année civile : 1 500 \$ par assuré pour l'ensemble des protections	Coassurance : 50 % - Orthodontie Maximum viager : 1 500 \$ par assuré
--------------------	--	--

Veuillez cocher la protection choisie ou modifiée : Individuelle Monoparentale Couple Familiale

S'il s'agit d'une modification de protection :

Événement justifiant la modification (mariage, naissance, divorce, etc.) :

Date de l'événement : AAAA MM JJ

C TRANSFERT DE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

FIN D'EXEMPTION

TRANSFERT DU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE D'UN AUTRE GROUPE ASSOCIATION

Vous devez remplir le rapport d'assurabilité n° 20009.

Date de terminaison AAAA MM JJ	Raison de la terminaison	Nom de l'assureur précédent	N° de contrat
-----------------------------------	--------------------------	-----------------------------	---------------

D RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE – Remplir si vous avez choisi une protection monoparentale, de couple ou familiale.

Nom, prénom	Sexe F - M	Lien de parenté avec l'adhérent (conjoint, enfant)	Date de naissance AAAA MM JJ			État de la pers. à charge É = 21 à 25 ans, étudiant à temps plein X = déficience fonctionnelle	Nom de l'assureur si autre garantie d'assurance maladie

E MODE DE PAIEMENT – Veuillez choisir une seule option : 1, 2 ou 3. **OPTION 1 : PAIEMENTS MENSUELS PAR PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES SUR LE COMPTE (PAC)**

Les paiements se feront mensuellement par prélèvements automatiques sur le compte indiqué ci-dessous (PAC).

Type de services : Personnel Affaires **Veillez joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ ».**

Nom du titulaire du compte	Nom de l'institution financière	Numéro de compte bancaire
Adresse complète de l'institution financière		Numéro de domiciliation

Type de compte : Compte-chèques personnel Compte-chèques d'épargne Compte de dépôt direct Autre
Comptes conjoints : S'agit-il d'un compte conjoint au titre duquel une seule signature est requise? Oui Non

Si plus d'une signature est requise pour les prélèvements sur le compte, les deux titulaires du compte doivent signer la présente autorisation.

Par la présente, j'autorise/nous autorisons Sogemec Assurances inc. à prélever sur mon/notre compte bancaire un montant de _____ \$ afin de couvrir les primes d'assurance mensuelles exigibles à la date de signature de la présente autorisation ou aux environs de cette date, sinon le jour ouvrable suivant, afin de couvrir les primes exigibles. Le montant prélevé sur mon/notre compte peut varier, conformément aux dispositions du contrat d'assurance ou tel qu'il est nécessaire pour la gestion du contrat. Je renonce/Nous renonçons au droit de recevoir le préavis de 10 jours relatif au montant et à la date de chaque prélèvement automatique sur mon/notre compte. Si la banque ou l'institution financière n'honore pas un prélèvement mensuel automatique à la date prévue, Sogemec Assurances inc. pourra tenter d'effectuer de nouveau ce prélèvement au cours des 30 jours suivants. Sogemec Assurances inc. se réserve le droit de demander qu'un autre mode de paiement soit utilisé si le prélèvement est refusé. Tous les prélèvements uniques ou automatiques sur mon/notre compte bancaire seront traités comme des débits préautorisés personnels tels qu'ils sont définis dans la Règle H1 de Paiements Canada. La présente entente peut être résiliée en tout temps moyennant l'envoi par Sogemec Assurances inc. ou par moi/nous d'un préavis écrit de 10 jours. Il est entendu qu'en cas de résiliation de la présente entente de prélèvement automatique, l'assurance peut prendre fin à moins que Sogemec Assurances inc. ne reçoive une autre forme de paiement.

Vous pouvez obtenir un formulaire de résiliation en communiquant avec votre institution financière ou en visitant le site de Paiements Canada à l'adresse paiements.ca. Si vous avez des questions au sujet des prélèvements automatiques sur votre compte bancaire, veuillez communiquer avec nous au 1 800 361-5303, nous envoyer un courriel à l'adresse information@sogemec.qc.ca ou écrire à Sogemec Assurances inc., C. P. 217, Succ. Desjardins, Montréal, Québec, H5B 1G9.

Vous disposez de certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à la présente entente. Vous avez, par exemple, le droit d'être remboursé en cas de prélèvement non autorisé ou non conforme à cette entente. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou de plus amples renseignements au sujet de vos droits de recours, veuillez communiquer avec votre institution financière ou visiter le site de Paiements Canada à l'adresse paiements.ca.

Nom du titulaire du compte (EN LETTRES MAJUSCULES)

Signature du titulaire du compte

Deuxième signature s'il s'agit d'un compte conjoint

Date

 OPTION 2 : PAIEMENT ANNUEL PAR CHÈQUEType de services : Personnel Affaires**Veillez joindre un chèque établi à l'ordre de Sogemec Assurances inc.** **OPTION 3 : PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT**

Veuillez enregistrer votre paiement par carte de crédit en visitant le site sécurisé de Sogemec Assurances au

<https://www.sogemec.qc.ca/spec/form/medecin-specialiste-formulaires-autorisation.html>.**F DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Je déclare que les renseignements qui figurent dans cette demande d'assurance sont complets et véridiques. Je reconnais que les garanties offertes sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions stipulées au contrat. Je reconnais avoir pris connaissance des renseignements qui apparaissent sur le présent formulaire et en avoir conservé une copie. J'autorise Desjardins Assurances, ses mandataires et ses fournisseurs à recueillir, à utiliser mes renseignements et ceux de mon conjoint ou de mes personnes à charge et à les communiquer à des personnes ou organismes (pharmacies, professionnels de la santé, institutions, agences d'enquête et assureurs) à des fins de tarification, de vérification et de règlement des prestations. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent

Date

ATTENTION : Les signatures ci-après sont requises uniquement si un conseiller en sécurité financière a rempli les formalités d'adhésion.

Nom (EN MAJUSCULES) et signature du conseiller en sécurité financière

 Veuillez cocher si stagiaire

Date

Nom (EN MAJUSCULES) et signature du maître de stage

G GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Assurances et Sogemec Assurances inc. (Sogemec) traitent de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elles possèdent sur vous. Desjardins Assurances et Sogemec conservent respectivement ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des services d'assurance collective qu'elles offrent. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de Desjardins Assurances et de Sogemec qui en ont besoin pour leur travail. Desjardins Assurances peut faire une compilation de renseignements rendus anonymes à des fins statistiques et d'information. Vous avez le droit de consulter votre dossier chez Desjardins Assurances et chez Sogemec. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'une des adresses suivantes :

Responsable de la protection des renseignements personnels
Desjardins Assurances
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

Sogemec Assurances inc.
2, Complexe Desjardins, Tour de l'est, 20^e étage
C. P. 217, Succ. Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1G9

Desjardins Assurances et Sogemec peuvent utiliser la liste de leurs clients afin d'offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Si vous ne voulez pas recevoir une telle offre, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels chez Desjardins Assurances ou chez Sogemec.

Veillez transmettre ce document à Sogemec Assurances inc.
<https://www.sogemec.qc.ca/formulaire-depot-de-fichier-secure.html>