

Un régime d'assurance collective assuré par SSQ Assurance, compagnie d'assurance-vie, ci-après nommée SSQ Assurance et administré par :

Sogemec
ASSURANCES

Cabinet de services financiers

Police 88G00
IDENTIFICATION

Nom _____ Prénom _____

 Date de naissance : | A | A | A | A | | M | M | J | J | Sexe : F Langue de communication : Français N° de médecin : _____
 M Anglais Spécialité : _____

 Adresse : résidentielle bureau

N° _____ Rue _____ Bureau ou app. _____ Ville _____

Province _____ Code postal _____ Courriel _____

Téléphone : Bureau : _____ Résidence : _____ Cellulaire : _____

Revenu prof. après dépenses d'exploitation _____ Revenu annuel brut _____

 Nouveau membre Date à laquelle vous êtes devenu membre de la FMSQ ou du Collège des Médecins du Québec | A | A | A | A | | M | M | J | J |
 Résident finissant Date à laquelle vous avez terminé votre résidence | A | A | A | A | | M | M | J | J |

CHOIX DE GARANTIE

Toutes les garanties offertes dans le contrat sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction ainsi qu'aux exclusions qu'il contient.
 Pour les résidents du Québec seulement : La loi prévoit un délai de 10 jours pour annuler une garantie facultative.

GARANTIE A		ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT		
ÂGE	MINIMUM	MAXIMUM	SOMME ASSURÉE CHOISIE	EXONÉRATION DES PRIMES
Moins de 55	25 000 \$	1 990 000 \$	Multiple de 1 000 \$ _____ \$ <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Temporaire 10 ans (T10) <input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Privilégiée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non : Ce choix est irrévocable
55 – 59	à tout âge	1 515 000 \$		
60 – 64		994 000 \$		
65 – 69		532 000 \$		
70 – 74		119 000 \$		
75 – 79 inclus		70 000 \$		

GARANTIE B		ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTELS		
Pour avoir droit à cette assurance, vous devez adhérer à la garantie A, C ou D.		Minimum	Maximum	Somme assurée choisie
La somme assurée choisie ne peut excéder le plus élevé de :		25 000 \$	766 000 \$	_____ \$
<ul style="list-style-type: none"> • votre somme assurée d'assurance vie ou • 100 fois votre somme assurée d'assurance perte de revenu ou • 100 fois votre somme assurée d'assurance frais de généraux 				Multiple de 1000 \$

GARANTIE C		ASSURANCE – PERTE DE REVENU				
<input type="checkbox"/> ADHÉSION						
MINIMUM MENSUEL	MAXIMUM MENSUEL	SOMME ASSURÉE CHOISIE	DÉFINITION D'INVALIDITÉ	ÂGE MAXIMUM DE PAIEMENT	INDEXATION ANNUELLE DES PRESTATIONS	DÉLAIS DE CARENCE
500 \$	20 000 \$	_____ \$ Multiple de 100 \$	<input type="checkbox"/> Propre profession <input type="checkbox"/> Revenus intégrés	<input type="checkbox"/> 70 ans <input type="checkbox"/> 65 ans	Selon indice des prix à la consommation Max. 3 % (inclus)	<input type="checkbox"/> 30 jrs <input type="checkbox"/> 45 jrs <input type="checkbox"/> 90 jrs <input type="checkbox"/> 180 jrs

 Je désire adhérer à l'option d'assurabilité garantie.

<input type="checkbox"/> AUGMENTATION						
<input type="checkbox"/> Je désire exercer mon option d'assurabilité garantie :						
<input type="checkbox"/> Veuillez cocher cette case si, au terme de votre période de résidence, vous déteniez l'option d'assurabilité garantie. Si vous n'avez connu aucune période d'invalidité pendant votre résidence, l'augmentation de 500 \$ ou de 1 000 \$ (s'il y a lieu) de rente mensuelle s'appliquera à ce choix. Si vous avez connu une période d'invalidité pendant votre résidence, veuillez communiquer avec Sogemec Assurances inc.						
MINIMUM MENSUEL	MAXIMUM MENSUEL	SOMME ASSURÉE CHOISIE	DÉFINITION D'INVALIDITÉ	ÂGE MAXIMUM DE PAIEMENT	INDEXATION ANNUELLE DES PRESTATIONS	DÉLAIS DE CARENCE
500 \$	20 000 \$	_____ \$ Multiple de 100 \$	<input type="checkbox"/> Propre profession <input type="checkbox"/> Revenus intégrés	<input type="checkbox"/> 70 ans <input type="checkbox"/> 65 ans	Selon indice des prix à la consommation Max. 3 % (inclus)	<input type="checkbox"/> 30 jrs <input type="checkbox"/> 45 jrs <input type="checkbox"/> 90 jrs <input type="checkbox"/> 180 jrs

 Somme assurée maximale pouvant être obtenue _____ \$ Taux fumeurs Taux non-fumeurs

Revenu professionnel après dépenses d'exploitations : _____ \$

- La prime est payable tant et aussi longtemps que l'adhérent bénéficie de l'option d'assurabilité garantie, qu'il exerce ou non son droit à chaque année.
- L'option se termine si la prime additionnelle est impayée et le membre ne pourra y adhérer à nouveau.
- Le mode de paiement utilisé sera le même que celui choisi lors de l'adhésion à la garantie C.

GARANTIE D	FRAIS GÉNÉRAUX
-------------------	-----------------------

MINIMUM	MAXIMUM	SOMME ASSURÉE CHOISIE	
MENSUEL	MENSUEL	\$	
500 \$	17 200 \$	Multiple de 100 \$	Dépenses annuelles d'exploitation : _____ \$
<input type="checkbox"/> 15 mois	<input type="checkbox"/> 24 mois		

GARANTIE E	ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE
-------------------	---

Pour avoir droit à cette assurance, vous devez adhérer à la garantie A. Les primes de l'assurance vie du conjoint sont exonérées ou non selon le choix établi à la **garantie A**. À défaut d'adhérer à la **garantie A**, l'exonération ne s'applique pas.

Nom et prénom du conjoint : _____ Sexe : M F Date de naissance : | A , A , A , A | M , M | J , J |

	MINIMUM	MAXIMUM	SOMME ASSURÉE CHOISIE
Conjoint	10 000 \$	250 000 \$	\$
	Multiple de 10 000 \$		
Enfant	5 000 \$	50 000 \$	\$
	Multiple de 5 000 \$		

Assurance en cas de décès accidentel ou d'une perte par accident

Pour avoir droit à cette assurance, vous devez adhérer à l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge. La somme assurée ne peut excéder la somme assurée d'assurance vie du conjoint.

	MINIMUM	MAXIMUM	SOMME ASSURÉE CHOISIE
Conjoint	10 000 \$	250 000 \$	\$
	Multiple de 10 000 \$		
Enfant	5 000 \$	50 000 \$	\$
	Multiple de 5 000 \$		

GARANTIE F	ASSURANCE MALADIES GRAVES
-------------------	----------------------------------

Nom et prénom du conjoint : _____ Sexe : M F Date de naissance : | A , A , A , A | M , M | J , J |

	MINIMUM	MAXIMUM SANS PREUVES	SOMME ASSURÉE CHOISIE
Adhèrent	20 000 \$	50 000 \$	\$
	Multiple de 10 000 \$		
Conjoint	20 000 \$	30 000 \$	\$
	Multiple de 10 000 \$		

MAXIMUM AVEC PREUVES : 500 000 \$

AUTRES ASSURANCES Si aucune assurance, cochez :

Compagnie	Genre d'assurance		Type de garantie (vie, invalidité, frais généraux)	Remplacée par FMSQ		Montant maximum d'assurance
	Individuelle	Collective		Oui ¹	Non	

¹ ATTENTION : Si un conseiller en sécurité financière exécute le formulaire d'adhésion, il doit remplir un préavis de remplacement selon le cas.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) Remplir cette section si vous adhérez à la **garantie A et B**.

Nom(s) et prénom(s)	Date de naissance (si bénéficiaire mineur)			Lien avec l'adhérent	Part en %	Veuillez cocher
	A	M	J			
						<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
						<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
						<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Au Québec, si vous n'indiquez pas votre choix entre révocable et irrévocable, la désignation du conjoint légal est irrévocable et celle de tout autre bénéficiaire est révocable.

Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, la prestation sera versée aux héritiers légaux.

Bénéficiaire révocable : La désignation peut être modifiée sans le consentement du bénéficiaire.

Bénéficiaire irrévocable : La désignation NE PEUT PAS être modifiée sans le consentement écrit du bénéficiaire.

La désignation irrévocable d'une personne mineure ne peut être modifiée avant sa majorité.

Sauf indication contraire de la part de l'adhérent, cette désignation vaut pour l'ensemble des protections détenues au titre des garanties A, B et révoque toute désignation antérieure d'un bénéficiaire révocable.

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 sur le compte indiquée ci-dessous (PAC).

Types de services : Personnel Affaires **Veuillez 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'assurances 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 à la date prévue, Sogemec Assurances Inc. pourra tenter d'effectuer de nouveau ce prélèvement au cours des 30 jours suivants. Sogemec Assurance Inc. se réserve le droit de demander qu'un autre mode 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 à 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 d'assurance en communiquant avec votre institution financière ou en visitant Paiement 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 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 CHÈQUE

Type de services : Personnel Affaires

Veuillez 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://sogemec.qc.ca/spec/form/medecin-specialiste-formulaires-autorisation.html](https://sogemec.qc.ca/spec/form/medecin-specialiste-formulaires-autorisation.html).

DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Avez-vous fait usage de cigarettes au cours des 12 derniers mois? **ADHÉRENT** : Oui Non **CONJOINT** : Oui Non

Je certifie que la réponse ci-dessus est véridique et je consens à ce qu'elle serve de base à l'assurance demandée. Je reconnais que toute déclaration inexacte entraînera la réduction des montants payables au prorata des taux fumeurs si les taux non-fumeurs ont été accordés.

Par la présente, J'ATTESTE que, à ma connaissance, l'information fournie dans ce formulaire est véridique et complète. **JE CONFIRME** que je suis autorisé à divulguer de l'information concernant mon conjoint et mes enfants à charge afin de déterminer leur admissibilité dans la mesure où des garanties les touchent. **JE CONSENS** à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à Sogemec Assurances inc. et à SSQ Assurance, à ses employés, à ses mandataires, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion du contrat, des enquêtes, de la sélection des risques et du traitement des demandes de prestations en vertu du régime d'assurance collective de la FMSQ. **JE RECONNAIS** que toute assurance accordée en vertu de la présente est assujettie aux dispositions de la police établie au nom de la FMSQ. **JE CERTIFIE** avoir pris connaissance de la brochure explicative du régime d'assurance de la FMSQ. **JE RECONNAIS** qu'une photocopie de la présente déclaration et autorisation possède la même validité que l'original. **JE RECONNAIS** avoir pris connaissance de l'avis apparaissant au verso relatif à la protection des renseignements personnels. **JE RECONNAIS** avoir gardé une copie du présent formulaire rempli et dûment signé.

Signature de l'adhérent : _____ Date : | A | A | A | A | M | M | J | J | _____ Signature du conjoint : _____

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

Signature du représentant : _____ Signature du maître de stage (si stagiaire) : _____ Date : _____

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

SSQ Assurance et Sogemec Assurances inc. (Sogemec) traitent de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elles possèdent sur vous. SSQ Assurance et Sogemec conservent respectivement ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des services d'assurance collective qu'ils offrent. Ces renseignements ne sont consultés que par des employés de SSQ Assurance et Sogemec qui en ont besoin pour leur travail. SSQ Assurance peut faire une compilation des renseignements rendus anonymes à des fins de statistiques et d'information. Vous avez le droit de consulter votre dossier chez SSQ Assurance 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 :

SSQ Assurance
Responsable de la protection des renseignements personnels
2525 boulevard Laurier
C.P. 10500 Succursale Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6

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

SSQ Assurance 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 SSQ Assurance ou chez Sogemec.

NOTE DE COUVERTURE

ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE

L'assurance d'un membre ou d'un résident finissant entre en vigueur s'il est alors au travail actif à temps plein ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être s'il s'acquitte des principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles, à la plus tardive des dates suivantes :

- La date à laquelle il devient admissible;
- La date à laquelle il remplit sa demande d'adhésion;
- La date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, le cas échéant.

Si le membre n'est pas actif au travail le jour où son assurance doit entrer en vigueur, il devient assuré le jour où il retourne au travail actif à temps plein et s'acquitte des principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles.

Si le résident finissant n'est pas au travail actif à plein temps, mais qu'il est en mesure de s'acquitter des principales tâches de ses fonctions professionnels habituelles, l'assurance entre en vigueur à la date la plus tardive des dates suivantes :

- La date à laquelle il devient admissible, soit la date de fin de résidence;
- La date à laquelle il remplit sa demande d'adhésion;
- La date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, le cas échéant.

L'assurance d'une personne à charge d'un membre ou d'un résident finissant entrera en vigueur à la plus tardive des dates suivantes :

- La date du début de l'assurance du membre;
- La date à laquelle la personne devient admissible à l'assurance;
- La date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, le cas échéant.

L'assurance ne peut entrer en vigueur avant qu'au moins la 1ère prime mensuelle ne parvienne à l'assureur, et ce, en autant que le risque proposé soit assurable au taux régulier le jour où les preuves d'assurabilité sont remplies. Si le risque proposé n'est pas assurable au taux régulier, l'assurance ne peut entrer en vigueur avant la réception par l'assureur des preuves d'assurabilité et de la 1ère prime mensuelle totale, y compris toute surprime. Si les preuves d'assurabilité requises par l'assureur n'ont pas été fournies dans les 60 jours suivant la date de signature de la demande d'adhésion, cette dernière devient nulle. Si le membre ou le résident finissant décède des suites d'un accident survenu dans les 60 jours qui suivent immédiatement la date à laquelle il a rempli sa demande d'adhésion et pourvu que ses preuves n'aient pas été refusées avant la date de son décès, son assurance est considérée comme ayant été en vigueur au mont du décès.

SUICIDE

La personne à assurer se suicide au cours des deux premières années suivant la date de son adhésion à l'assurance en vertu de la demande, l'obligation de l'assureur est limitée au seul remboursement de la prime versée, à moins que le suicide n'ait lieu dans le cours d'une maladie mentale identifiée avant le suicide par un médecin autre que le membre lui-même.

CONTESTABILITÉ

Toute déclaration faite par la personne à assurer à l'appui de la demande d'adhésion est contestable.

INTERPRÉTATION

Toute assurance accordée en vertu de cette note de couverture est assujettie aux dispositions de la police collective émise au nom de la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

PREUVE D'ASSURABILITÉ – EXEMPTIONS ACCORDÉES AUX NOUVEAUX MEMBRES OU AUX RÉSIDENTS FINISSANTS

La soumission de preuves d'assurabilité est obligatoire pour toutes les garanties. Toutefois, les nouveaux membres et les résidents finissants, ainsi que leurs personnes à charge, bénéficient d'une exemption pour les garanties indiquées ci-dessous, sous réserve du respect des conditions applicables. En ce qui concerne tout montant d'assurance obtenu sans preuves d'assurabilité, aucune prestation ne sera versée advenant un décès ou une invalidité survenue au cours des 24 premiers mois suivant l'adhésion aux garanties et résultant d'un état pathologique préexistant au cours des 36 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance. Par « état pathologique préexistant », on entend une blessure, une maladie ou un état physique, diagnostiqué ou non, dont les symptômes se sont manifestés pour la première fois, pour lequel un traitement a été recommandé, requis ou obtenu ou pour lequel des médicaments ont été prescrits au cours des 36 derniers mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

ASSURANCE VIE, ASSURANCE PERTE DE REVENU ET ASSURANCE FRAIS GÉNÉRAUX

Pour qu'un nouveau membre ou un résident finissant soit admissible à l'exemption des preuves d'assurabilité dans les 90 jours qui suivent le jour où il devient membre de la FMSQ ou termine sa résidence.

Âge du membre à la date de réception de sa demande d'adhésion chez l'administrateur	MAXIMUM SANS PREUVES D'ASSURABILITÉ		
	Assurance vie	Assurance perte de revenu	Assurance frais généraux
Moins de 35	100 000 \$	3 000 \$	3 000 \$
35 à 39	100 000 \$	2 000 \$	2 000 \$

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Pour être admissible à l'exemption des preuves d'assurabilité, un nouveau membre ou un résident finissant doit détenir une assurance vie minimale de 1 000 000 \$ et la demande d'adhésion des personnes à charge doit parvenir à l'administrateur dans les 90 jours qui suivent la date de leur admissibilité.

Âge du membre à la date de réception de sa demande d'adhésion chez l'administrateur	MAXIMUM SANS PREUVES D'ASSURABILITÉ	
	Conjoint	Enfant
Moins de 35	100 000 \$	50 000 \$
35 à 39	50 000 \$	25 000 \$

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ À L'OPTION D'ASSURABILITÉ GARANTIE

Les exigences requises sont les suivantes :

- L'adhérent doit être âgé de moins de 45 ans;
- L'adhérent doit présenter des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur;
- L'adhérent doit être en mesure de démontrer à chaque année que son revenu mensuel net justifie cette augmentation annuelle de prestations en prenant en considération les autres assurances invalidité individuelles ou collectives en vigueur.
- L'adhérent ne doit pas être invalide au moment de sa demande d'option d'assurabilité garantie ni au moment de l'entrée en vigueur de cette option.

ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'OPTION D'ASSURABILITÉ GARANTIE ET DU PAIEMENT DE LA PRIME ADDITIONNELLE

L'option d'assurabilité garantie et le paiement de la prime additionnelle entrent en vigueur si l'adhérent est au travail actif à temps plein ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être et s'il s'acquitte des principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles ou s'il est en mesure de s'acquitter des principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles, le 1^{er} juin de l'année en cours de laquelle l'option est demandé, et ce, à la condition que les preuves d'assurabilité aient été jugées satisfaisantes par l'assureur.

RESTRICTIONS RELATIVE À L'AUGMENTATION DE LA SOMME ASSURÉE DE LA GARANTIE C

S'il choisit l'option d'assurabilité et qu'il est âgé de moins de 40 ans, l'adhérent n'aura pas droit à l'augmentation de la somme assurée prévue le 1^{er} janvier de chaque année.

DROIT D'EXERCICE DE L'OPTION D'ASSURABILITÉ GARANTIE

L'adhérent peut obtenir, lors de chaque période d'option, une augmentation de 1 000 \$ de rente mensuelle, sous réserve d'un maximum de 10 000 \$ et du maximum prévu à la police. Une période d'option se définit comme étant une période pendant laquelle l'adhérent peut exercer son droit à l'option d'assurabilité garantie et elle se termine le 1^{er} juin (date d'anniversaire du contrat). Cette augmentation s'applique au choix unique ou à l'un des choix que l'adhérent a fait en vertu de ladite garantie.

Le 1^{er} juin de chaque année, l'adhérent doit informer l'administrateur de son choix de se prévaloir ou non de l'augmentation annuelle de 1 000 \$ de sa rente mensuelle :

- S'il désire obtenir l'augmentation annuelle, l'adhérent doit être au travail actif à plein temps le 1^{er} juin et doit s'acquitter de la prime courante annuelle dudit montant.
- S'il refuse l'augmentation annuelle le 1^{er} juin d'une année donnée, l'adhérent pourra se prévaloir seulement des augmentations annuelles futures auxquelles il a droit et devra continuer à payer la prime additionnelle relative à celles-ci.

Lors d'une augmentation annuelle alors que l'adhérent est invalide, des dispositions particulières s'appliquent. Veuillez communiquer avec Sogemec Assurance Inc, pour de plus amples renseignements.

FIN D'EXERCICE DE L'OPTION D'ASSURABILITÉ GARANTIE

L'option d'assurabilité garantie de tout adhérent cesse à 0 h à la première des dates suivantes :

- La date de résiliation du contrat.
- La date d'échéance de la prime additionnelle si celle-ci n'est pas payée avant la fin du délai de grâce.
- Le 1^{er} juin qui suit son 45^e anniversaire, soit la date à laquelle le droit d'exercice de l'option d'assurabilité garantie prend fin.
- La date à laquelle il cesse d'adhérer à l'assurance perte de revenu.
- La date à laquelle il exerce son droit à l'option d'assurabilité garantie pour la deuxième fois.
- La date à laquelle la somme assurée totale qu'il détient atteint le maximum prévu au contrat.