

Adhésion Augmentation Modification

 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 88M00
ASSURANCE MÉDICAMENTS, MALADIE ET SOINS DENTAIRES
ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE MEMBRE SALARIÉ MEMBRE AUTONOME

Pour être admissible à l'assurance, vous devez être membre de la Chambre des notaires du Québec.

IDENTIFICATION

Nom _____ Prénom _____

 Date de naissance : [A , A , A , A | M , M | J , J] Sexe : F M Langue de communication : Français Anglais Code de notaire : _____

Adresse bureau

Nom de l'étude

 Adresse de l'étude – N° Rue Bureau Ville
 Province _____ Code postal [, , | , , | , ,]

Adresse résidentielle

 Adresse de l'adhérent – N° Rue App. Ville
 Province _____ Code postal [, , | , , | , ,]

Téléphone : Bureau : [, , | , , | , ,] Résidence : [, , | , , | , ,] Cellulaire : [, , | , , | , ,]

Adresse de courriel : _____

Date à laquelle vous êtes devenu membre de la Chambre des notaires du Québec [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.

 ADHÉRENT DE 65 ANS OU PLUS – Si, avant d'atteindre l'âge de 65 ans, vous étiez assuré en vertu de l'option 1, 2 ou 3, vous devez remplir la section ci-dessous.

 CONJOINT SURVIVANT – Si, avant le décès de l'adhérent, vous étiez assuré en vertu de l'option 2, vous pouvez adhérer à l'option B.

ASSURANCE MÉDICAMENTS, MALADIE ET SOINS DENTAIRES

<input type="checkbox"/> OPTION A – ASSURANCE MÉDICAMENTS Pour les adhérents qui se sont désengagés de la RAMQ. Franchise : 100 \$ Coassurance : 75% Contribution annuelle maximale par adulte : • Selon le montant maximal RAMQ Protection : • Médicaments ne pouvant s'obtenir que sur ordonnance médicale	<input type="checkbox"/> OPTION B – ASSURANCE MALADIE Franchise : 50 \$ Coassurance : 80% Protection : • Assurances voyage et annulation voyage • Frais médicaux et paramédicaux	<input type="checkbox"/> ASSURANCE SOINS DENTAIRES Vous pouvez adhérer à l'assurance soins dentaires uniquement si vous étiez déjà protégé par cette garantie avant d'atteindre 65 ans. Franchise : 100 \$ Coassurance : • 100% - Base et prévention • 80% - Restauration mineure • 50% - Restauration majeure Maximum par année civile : • 1500 \$ par assuré pour l'ensemble des protections ci-dessus Coassurance maximum viager : • 50% - Orthodontie • 1500 \$ par assuré
--	--	--

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

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

Rempli si vous avez choisi une protection monoparentale, couple ou familiale.

Nom du conjoint à la naissance : _____ Prénom : _____

 Sexe : F M Date de naissance : [A , A , A , A | M , M | J , J]

Nom et prénom de l'enfant	Sexe	Date de naissance	L'enfant est-il handicapé ?	Pour enfant de 18 ans et plus, précisez si étudiant à temps plein	Nom de l'établissement d'enseignement
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	[A , A , A , A M , M J , J]	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	[A , A , A , A M , M J , J]	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	[A , A , A , A M , M J , J]	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	[A , A , A , A M , M J , J]	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	[A , A , A , A M , M J , J]	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	[A , A , A , A M , M J , J]	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

MODE DE PAIEMENT — Veuillez choisir une seule option : 1 ou 2

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 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.com 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

| A A A A | M M | J J |

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.

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

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 Chambre des notaires. JE RECONNAIS que toute assurance accordée en vertu de la présente est assujettie aux dispositions de la police établie au nom de la Chambre des notaires. JE CERTIFIE avoir pris connaissance de la brochure explicative du régime d'assurance de la Chambre des notaires. 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 ci-bas 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 |

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 : | A A A A | M M | J J |

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 20^e 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.

Veuillez transmettre ce formulaire à Sogemec Assurances : <https://sogemec.com/espace-client/notaire-depot-fichier/>