

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

ASSURANCE VIE ET ASSURANCE SALAIRE

IDENTIFICATION

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance : | A A A A | M M | J J | Sexe : F M Langue de communication : Français Anglais

Adresse : résidentielle bureau

N° _____ Rue _____ Bureau ou app. _____ Ville _____
Province _____ Code postal _____ Courriel _____

Téléphone : Bureau : | | | | | Résidence : | | | | | Cellulaire : | | | | |

Date d'entrée en vigueur de l'assurance: | A A A A | M M | J J |

Êtes vous membre en règle de la FMOQ ?

Oui Numéro de membre _____

Non Pourquoi ? _____

Êtes-vous un nouveau diplômé? Oui Non

Date d'adhésion au Collège des médecins du Québec | A A A A | M M | J J |

Revenu professionnel après dépenses d'exploitations : _____ \$

PROTECTIONS

RÉGIMES FACULTATIFS

GARANTIE B – Assurance vie de l'adhérent

Minimum : 5 Maximum : 150 Nombre unités choisies (multiple de 10 000 \$) : _____ Somme assurée choisie : _____

GARANTIE C – Assurance vie du conjoint (Préalable : assurance vie de l'adhérent)

Minimum : 5 Maximum : 25 Nombre unités choisies (multiple de 10 000 \$) : _____ Somme assurée choisie : _____

GARANTIE D – Assurance vie et assurance décès ou mutilation par accident (DMA) des enfants à charge (Préalable : assurance vie de l'adhérent)

Montant 10 000 \$ Montant choisi : _____ \$

GARANTIE E – Assurance décès ou mutilation par accident (DMA) de l'adhérent (Préalable : assurance vie de l'adhérent)

Minimum : 5 Maximum : 25 Nombre unités choisies (multiple de 10 000 \$) : _____ Somme assurée choisie : _____

GARANTIE F – Assurance décès ou mutilation par accident (DMA) du conjoint (Préalable : assurance vie de l'adhérent)

Minimum : 5 Maximum : 25 Nombre unités choisies (multiple de 10 000 \$) : _____ Somme assurée choisie : _____

GARANTIE G – Assurance-salaire longue durée

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 l'indice des prix à la consommation <input type="checkbox"/> Max. 3% (inclus) <input type="checkbox"/> Max. 5% | <input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> 180 jours |

Augmentation

Je désire exercer mon option d'assurabilité garantie.

Veuillez cocher cette case si, au terme de votre période de résidence, vous détenez l'option d'assurabilité garantie.

Assurabilité future

Option doit être exercée et payée avant l'âge de 55 ans (Préalable : Preuves requises pour obtenir l'option, mais non nécessaire pour obtenir les augmentations annuelles)

Minimum : 1 Maximum : 5 Nombre unités choisies (multiple de 500 \$) : _____ Somme assurée choisie : _____

Somme assurée maximale pouvant être obtenue _____ \$

GARANTIE H – Assurance frais de bureau

Minimum : 5 Maximum : 100 Nombre unités choisies (multiple de 100 \$) : _____ Somme assurée choisie : _____

GARANTIE I – Assurance maladie grave de l'adhérent

Minimum : 1 Maximum : 100 Nombre unités choisies (multiple de 5 000 \$) : _____ Somme assurée choisie : _____

GARANTIE J – Assurance maladie grave du conjoint

Minimum : 1 Maximum : 100 Nombre unités choisies (multiple de 5 000 \$) : _____ Somme assurée choisie : _____

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

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

DÉCLARATION D'HABITUDES TABAGIQUES

Avant de déclarer que vous êtes un fumeur ou non-fumeur, veuillez lire la définition qui suit (toute fausse déclaration ou réticence peut entraîner la nullité de l'assurance collective de l'adhérent) :

« Pour être considéré non-fumeur, le déclarant ne doit pas avoir fumé ni en quelconque occasion que ce soit au cours des douze (12) derniers mois aucun produit de tabagisme tel que cigarette, cigare, cigarillo ou pipe, ni consommé aucune drogue. » Dans tout autre cas, le déclarant est un fumeur aux fins du contrat d'assurance collective.

Il est entendu que l'assureur peut demander périodiquement une confirmation de statut de non-fumeur : l'adhérent ou son conjoint, doit alors être en mesure de répondre aux exigences en vigueur à cette date et retourner sa confirmation dans les 30 jours suivant la demande de l'assureur, faute de quoi, il perd son statut de non-fumeur et la réduction de prime qui s'y rattache cesse à compter de la date de la demande de l'assureur.

ADHÉRENT(E) : Non-fumeur Fumeur | CONJOINT(E) : Non-fumeur Fumeur

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 : <input type="checkbox"/> Compte-chèques personnel <input type="checkbox"/> Compte-chèques d'épargne <input type="checkbox"/> Compte de dépôt direct <input type="checkbox"/> Autre | | |
| Comptes conjoints : S'agit-il d'un compte conjoint au titre duquel une seule signature est requise <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.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

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 FMOQ. JE RECONNAIS que toute assurance accordée en vertu de la présente est assujettie aux dispositions de la police établie au nom de la FMOQ. JE CERTIFIE avoir pris connaissance de la brochure explicative du régime d'assurance de la FMOQ. 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 | _____ 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 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/medecin-depot-fichier/>