

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 88N00**
**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 Langue de communication :  Français Code de notaire : \_\_\_\_\_  
 M  Anglais

**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 : \_\_\_\_\_

Revenu annuel brut : \_\_\_\_\_

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.

**GARANTIE A ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT**

<input type="checkbox"/> ADHÉSION	MINIMUM	MAXIMUM	SOMME ASSURÉE CHOISIE	EXONÉRATION DES PRIMES
Toutes catégorie de membres	50 000 \$	1 000 000 \$	Multiple de 1 000 \$ _____ \$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non : Ce choix est irrévocable

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

 **AUGMENTATION**

 L'adhérent peut obtenir, à chaque période d'option, 50 000 \$ d'assurance vie additionnelle à la somme assurée déjà détenue. Une période d'option se définit comme étant la date permise à laquelle l'adhérent peut exercer son droit d'option à l'option d'assurabilité garantie, qui est le 1<sup>er</sup> juillet (date anniversaire du contrat) suivant l'âge atteint de 25, 30, 35, 40 ou 45 ans. Le nombre maximum de périodes d'option est de cinq périodes, pour un montant total d'assurance vie additionnelle de 250 000 \$. La somme assurée de l'option d'assurabilité garantie sera répartie proportionnellement aux sommes déjà assurées, selon que ces dernières sont exonérées ou non des primes en cas d'invalidité. Une période d'option peut être devancée. Veuillez vous référer à la section « Événements pouvant devancer une période d'option-garantie seulement » plus bas dans le formulaire présent.

 Je désire exercer mon option d'assurabilité garantie.

**GARANTIE B ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTEL (DMA)**

Pour avoir droit à cette assurance, vous devez adhérer à la garantie A, C ou D La somme choisi ne peut excéder le plus élevé de :	MINIMUM	MAXIMUM	SOMME ASSURÉE CHOISIE
- Votre montant d'assurance vie ou - 100 fois votre demande d'assurance perte de revenu ou - 100 fois votre montant d'assurance frais généraux	50 000 \$	250 000 \$	Multiple de 1 000 \$ _____ \$

**GARANTIE C ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE**

<input type="checkbox"/> ADHÉSION	MINIMUM MENSUEL	MAXIMUM MENSUEL	Indexation annuelle des prestations
Membre	500 \$	8 000 \$	Selon IPC – max. 4% : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Délai de carence**

 Membres autonome/membre salarié  
 14 jrs  60 jrs  112 jrs  
 30 jrs  90 jrs  180 jrs

**Revenu brut annuel pour les membres**

 (après dépenses d'exploitation) : \_\_\_\_\_ \$  
 SOMME ASSURÉE CHOISIE : \_\_\_\_\_ \$ (multiple de 100 \$)

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

 **AUGMENTATION**

 L'adhérent peut obtenir, à chaque période d'option, 500\$ de rente mensuelle additionnelle à la somme assurée déjà détenue. Une période d'option se définit comme étant la date permise à laquelle l'adhérent peut exercer son droit à l'option d'assurabilité garantie, qui est le 1<sup>er</sup> juillet (date anniversaire du contrat). Le nombre maximum de périodes d'option est de dix périodes, pour un montant total d'assurance invalidité de longue durée de 5 000 \$. La somme assurée de l'option d'assurabilité garantie peut être répartie proportionnellement aux sommes déjà assurées ou appliquée à une seule somme assurée

 Je désire exercer mon option d'assurabilité garantie.

<b>GARANTIE D</b>	<b>ASSURANCE FRAIS DE BUREAU</b> - Pour avoir droit à cette garantie, vous devez participer à la garantie A ou C.			
	MINIMUM MENSUEL	MAXIMUM MENSUEL	<input type="checkbox"/> Option 1	<input type="checkbox"/> Option 2
Membre autonome seulement	500\$	8000\$		
Délai de carence	<input type="checkbox"/> 14 jrs	<input type="checkbox"/> 30 jrs		
Dépenses annuelles d'exploitation :	_____ \$		Somme assurée choisie _____ \$ (multiples de 100\$)	

<b>GARANTIE E</b>	<b>ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE</b>			
Pour avoir droit à cette garantie, vous devez participer à la garantie A. Les primes pour cette garantie seront exonérées ou non selon choix établi à la garantie A. À défaut d'adhérer à la garantie A, l'exonération ne s'appliquera pas.				
	MINIMUM	MAXIMUM	Sexe du conjoint <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Conjoint (toutes les catégories de membres)	25 000\$	250 000\$	Somme assurée choisie _____ \$ (multiple de 1 000 \$)	
			Enfants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Montant uniforme : 10 000 \$/enfant

**AUTRES ASSURANCES** Si aucune assurance, cochez :

Compagnie	Genre d'assurance		Type de garantie (vie, invalidité, frais généraux)	Remplacement		Montant maximum d'assurance
	Individuelle	Collective		Oui <sup>1</sup>	Non	

<sup>1</sup> 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 ou 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 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.qc.ca](mailto: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

| 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

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 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 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 : | 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<sup>e</sup> 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.

## GARANTIE PROVISOIRE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL OU D'INVALIDITÉ

Une garantie provisoire en de décès accidentel ou d'invalidité vous est offerte de la façon suivante :

- La garantie provisoire débute à la dernière des dates suivantes :
  - la date à laquelle la demande est signée;
  - la date à laquelle les preuves d'assurabilité nécessaires sont soumises et que la première prime mensuelle appropriée est reçue par l'administrateur.
- La somme de toutes les prestations de décès ou d'invalidité si vous êtes couvert par la présente garantie provisoire sera conforme au montant demandé sur la demande d'assurance et sera assujettie aux mêmes conditions et restrictions que si vous étiez couvert par les garanties d'assurance vie ou d'assurance invalidité de longue durée.
- La garantie provisoire prendra fin à la première des dates suivantes :
  - La date à laquelle les garanties d'assurance vie et d'assurance invalidité de longue durée, telles que vous les avez demandées, remplacent la garantie provisoire en cas de décès accidentel ou d'invalidité;
  - La date à laquelle les garanties d'assurance vie et d'assurance invalidité de longue durée, différentes de celles que vous avez demandées, sont approuvées. Les dites garanties remplaceront la garantie provisoire à condition qu'elles soient acceptées lors de leur délivrance (avec le paiement à ce moment-là de la différence entre le montant exact des premières primes et les nouvelles primes à payer). Si les nouvelles garanties ne sont pas acceptées lors de leur délivrance, la garantie provisoire prendra fin immédiatement;
  - la date à laquelle la demande d'assurance est refusée. Les primes seront alors remboursées.
- Dans le cas d'un décès ou d'une invalidité découlant d'un accident survenu dans les 60 jours après avoir rempli une demande, mais avant d'avoir transmis le dernier élément des preuves d'assurabilité ou avant que SSQ Assurance n'ait accepté ou refusé la demande de preuves d'assurabilité, la garantie faisant partie de la demande est alors reconnue avoir été en vigueur au moment du décès ou de l'invalidité, sans autre condition.

## PREUVE D'ASSURABILITÉ – EXEMPTION ACCORDÉE À UN NOUVEAU MEMBRE DE LA CHAMBRE DES NOTAIRES DU QUÉBEC

Toutes les garanties sont assujetties aux preuves d'assurabilité. Le nouveau membre de la Chambre des notaires du Québec bénéficie cependant de l'exemption suivante :

	MAXIMUM SANS PREUVES D'ASSURABILITÉ
Assurance vie	50 000 \$
Assurance invalidité de longue durée	1 250 \$

Pour qu'un membre soit admissible à l'exemption des preuves d'assurabilité, sa demande d'assurance doit parvenir à l'administrateur dans les 180 jours qui suivent le jour où il devient membre de la Chambre des notaires du Québec.

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

Les exigences requises sont les suivantes :

- L'adhérent doit être âgé de moins de 40 ans pour la garantie A et de moins de 45 ans pour la garantie C;
- L'adhérent doit présenter des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur;
- 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.
- Garantie C seulement : l'adhérent doit être en mesure de démontrer à chaque année que son revenu mensuel net justifie cette augmentation mensuelle de prestations (500 \$) en prenant en considération les autres assurances invalidité individuelles ou collectives en vigueur.

## ÉVÉNEMENTS POUVANT DEVANCER UNE PÉRIODE D'OPTION – GARANTIE A SEULEMENT

Une période d'option peut être devancée lors de l'un des événements suivants :

- Le mariage de l'adhérent;
- La naissance de tout enfant vivant de l'adhérent;
- L'adoption légale d'un enfant par l'adhérent;
- L'achat d'une propriété familiale habitée ou à l'être par l'adhérent et sa famille.

L'option doit alors être exercée dans les 90 jours suivant l'événement. Une option prise lors d'un de ces événements annule automatiquement la prochaine période d'option régulière. Un seul événement à l'intérieur d'une même période d'option est admissible.

## 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, le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date d'acceptation des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

---

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

L'adhérent doit être au travail actif à temps plein le 1<sup>er</sup> juillet, date d'exercice de l'option et doit s'acquitter de la prime courante régulière dudit montant. L'adhérent doit informer l'administrateur s'il désire ou non se prévaloir de son droit :

- a) Pour la garantie A, dans les 31 jours suivant ou précédant le 1<sup>er</sup> juillet, date d'anniversaire de la garantie, de l'âge atteint par l'adhérent de 25, 30, 35, 40 ou 45 ans ou la date de l'événement si l'assureur est informé dans les 90 jours;
- b) Pour la garantie B, dans les 31 jours suivant le 1<sup>er</sup> juillet de chaque année.

L'adhérent qui refuse de se prévaloir de son droit pour l'année en cours ne peut racheter ultérieurement l'année refusée, mais il doit continuer à payer la prime additionnelle pour les augmentations futures auxquelles il a droit.

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 la première des dates suivantes :

- a) Le 1<sup>er</sup> juillet qui suit le 45<sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent;
- b) La date à laquelle l'adhérent cesse de payer la prime additionnelle;
- c) La date à laquelle l'assurance de la garantie de l'adhérent est résiliée;
- d) La date de résiliation du contrat-cadre;
- e) La date du 5<sup>e</sup> exercice d'une option en vertu de la garantie A et du 10<sup>e</sup> exercice en vertu de la garantie C;
- f) La date à laquelle la somme assurée totale qu'il détient atteint le maximum prévu au contrat.