

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

Nouvelle demande Augmentation Modification Veuillez cocher :

A - DÉFINITION

L'étudiant en médecine doit être âgé de moins de 35 ans au début de ses études et répondre à la définition de membre de la Fédération médicale étudiante du Québec. Nonobstant ce qui précède, au moment de son adhésion, l'étudiant n'est pas reconnu comme tel au sens du présent contrat s'il a connu une interruption de ses études depuis le début de ses études universitaires pour une raison de santé ou au cours des deux années précédant ses études universitaires.

B - IDENTIFICATION

Nom		Prénom		Numéro de certificat	
Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Langue de communication <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		Date de naissance du conjoint AAAA MM JJ	
Adresse - N°, rue, app.		Ville		Province	Code postal
Numéros de téléphone Cell. : () Rés. : ()				Courriel	
Année à laquelle vous êtes devenu membre de la FMRQ	Niveau de résidence	Numéro de résident	Date prévue de la fin de résidence AAAA MM JJ	Si médecine familiale cochez : <input type="checkbox"/>	
Spécialité	Si vous êtes étudiants, précisez votre année d'études <input type="checkbox"/> Pré-med <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année <input type="checkbox"/> 2 ^e année <input type="checkbox"/> Externe 1 <input type="checkbox"/> Externe 2			Date à laquelle vous terminerez vos études AAAA MM JJ	
Nom de l'université					

C - CHOIX DES GARANTIES - Veuillez vous reporter à la page 4 pour connaître les exigences relatives aux preuves d'assurabilité.

Toutes les garanties offertes sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions stipulées au contrat.

<input type="checkbox"/> GARANTIE 1 - ASSURANCE VIE				
	MINIMUM	MAXIMUM	SOMME ASSURÉE CHOISIE	EXONÉRATION DES PRIMES
Adhérent	20 000 \$	750 000 \$	_____	<input type="checkbox"/> Oui - Les primes d'assurance vie pour le conjoint seront exonérées également.
			Multiple de 10 000 \$	<input type="checkbox"/> Non - Ce choix est irrévocable.
Conjoint	10 000 \$	250 000 \$	_____	ASSURANCE ACCIDENT: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			Multiple de 10 000 \$	Le montant sera le même que celui détenu en assurance-vie
Enfant	5 000 \$	50 000 \$	_____	
			Multiple de 5 000 \$	
<input type="checkbox"/> GARANTIE 2 - ASSURANCE PERTE DE REVENU INCLUANT L'OPTION D'ASSURABILITÉ GARANTIE				
			<u>ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE</u>	<u>ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE</u>
DÉLAI DE CARENCE			90 jours	105 semaines à partir du début de l'invalidité
DURÉE MAXIMALE DES PRESTATIONS			Jusqu'à à 104 ^e semaine d'invalidité	Jusqu'à 65 ans
MONTANT DE LA RENTE MENSUELLE			Min. 500 \$ – Max. 1 500 \$	Min. 500 \$ – Max. 4 500 \$
INDEXATION ANNUELLE DES PRESTATIONS			Aucune	Selon indice des prix à la consommation – Max. 3 %
SOMME ASSURÉE CHOISIE			_____	_____
			Multiple de 100 \$	Multiple de 100 \$

D - DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES - Remplir cette section si vous adhérez à la garantie 1.

Nom, prénom	Lien avec l'adhérent	%	Date de naissance si mineur			Veuillez cocher :
			AAAA	MM	JJ	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
						<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
						<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
<p>Pour la province de Québec La désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est IRRÉVOCABLE à moins de stipulation contraire. La désignation de toute autre personne à titre de bénéficiaire est RÉVOCABLE, à moins de stipulation contraire.</p> <p>Pour toutes les autres provinces La présente désignation de bénéficiaire est RÉVOCABLE à moins de stipulation contraire.</p> <p>RÉVOCABLE : signifie que la désignation du bénéficiaire peut être changée sans son consentement.</p> <p>IRRÉVOCABLE : signifie que la désignation du bénéficiaire NE PEUT être changée sans son consentement. La désignation IRRÉVOCABLE d'une personne mineure ne pourra être changée avant sa majorité.</p> <p>Sauf indication contraire de la part de l'adhérent, cette désignation révoque toute désignation antérieure d'un bénéficiaire révocable. L'autorisation écrite du bénéficiaire irrévocable sera exigée pour tout changement de bénéficiaire.</p>						

Veuillez transmettre l'original à Sogemec Assurances inc., C. P. 217, Succ. Desjardins, Montréal, Québec, H5B 1G9 et conserver une copie pour vos dossiers.

E - AUTRES ASSURANCESSI AUCUNE AUTRE ASSURANCE, COCHEZ :

Compagnie	Genre d'assurance		Type de garantie (vie, invalidité, frais hospitaliers et médicaux)	Remplacée par FMRQ		Montant maximum d'assurance
	individuelle	collective		Oui ¹	Non	

1 ATTENTION : Si un conseiller en sécurité financière exécute les formalités d'adhésion, Il doit remplir un avis ou un préavis de remplacement selon le cas.

F - 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

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'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 H-1 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 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://www.sogemec.qc.ca/res/form/medecin-resident-transmission-des-informations-de-carte-de-credit.html>.

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

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous une forme quelconque, incluant la cigarette électronique ou autre substitut de tabac?

Adhérent : Oui Non

Conjoint : Oui Non

Tout changement à ce statut doit être transmis à l'assureur.

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 peut entraîner l'annulation de l'assurance si les taux non-fumeurs ont été accordés. Je déclare que les renseignements qui figurent dans cette demande d'assurance sont complets et véridiques. Je reconnais que toutes les garanties offertes sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions stipulées au contrat. L'assurance entrera en vigueur à la date prévue à la note de couverture. Je reconnais avoir pris connaissance de tous les renseignements indiqués dans le présent formulaire et en avoir conservé une copie. En cas de décès, j'autorise expressément mon ou mes bénéficiaires, héritiers ou liquidateurs de ma succession, à fournir à SSQ Assurance, ou ses réassureurs tous les renseignements ou autorisations jugés nécessaires pour l'étude de la demande de prestations et l'obtention de pièces justificatives. L'autorisation vaut également pour mes enfants mineurs dans la mesure où ils sont visés par la demande. J'autorise SSQ Assurance, 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 (pharmacie, professionnel de la santé, institutions, agences d'enquêtes 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

Signature du conjoint

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

H - 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'elles 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.

CONDITIONS ET EXIGENCES DE L'OPTION D'ASSURABILITÉ GARANTIE

L'option d'assurabilité garantie est assujettie aux clauses de limitation ou de réduction ainsi qu'aux exclusions stipulées au contrat FMRQ (88R00) et également, lors du transfert des protections de l'adhérent à la fin de sa résidence, au contrat FMSQ (88G00).

Le nombre maximum de périodes d'option est de dix périodes, pour un montant total d'assurance perte de revenu de 10 000 \$. La somme assurée en vertu de l'option d'assurabilité garantie sera appliquée à la somme déjà assurée en fonction des critères suivants :

- Délai de carence : 90 jours
- Indexation annuelle des prestations : IPC - maximum 3 %
- Durée du versement des prestations : jusqu'à 65 ans
- Rente maximale possible en vertu du contrat FMRQ : 4 500 \$

À la fin de la résidence de l'adhérent, ses périodes d'option non utilisées seront transférées au contrat FMSQ (88G00) lors de son adhésion à ce dernier et ce, jusqu'à concurrence du montant initial global de 10 000 \$.

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.

Les exigences requises sont les suivantes :

- a) vous devez être âgé de moins de 45 ans;
- b) vous devez présenter des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur;
- c) vous devez être en mesure de démontrer à chaque année que votre revenu mensuel net justifie cette augmentation annuelle de prestations en prenant en considération les autres assurances invalidité individuelles ou collectives en vigueur;
- d) vous ne devez pas être invalide au moment de la demande d'option d'assurabilité garantie ni au moment de l'entrée en vigueur de ladite option.

CONDITIONS ET EXIGENCES DE L'OPTION D'ASSURABILITÉ GARANTIE - (SUITE)

TRANSFERTS DES SOMMES ASSURÉES AU CONTRAT DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC – FMSQ (88G00)

À la fin de la résidence, l'adhérent qui devient membre de la FMSQ (88G00) peut transférer les sommes assurées qu'il détient en vertu du contrat FMRQ (88R00) au contrat FMSQ (88G00). Tant que son option d'assurabilité garantie demeure en vigueur, l'adhérent continue de payer la prime additionnelle relative aux augmentations annuelles auxquelles il a droit selon l'option choisie lors de l'adhésion au contrat FMSQ (88G00).

Lors de son adhésion initiale au contrat FMSQ (88G00), l'adhérent peut se prévaloir exceptionnellement d'une augmentation annuelle de 1 000 \$ en plus de son augmentation automatique selon sa spécialité.

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

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

- a) la date de résiliation du contrat FMRQ (88R00) ou FMSQ (88G00);
- b) la date d'échéance de la prime additionnelle si cette prime n'est pas payée avant la fin du délai de grâce;
- c) le 1^{er} octobre qui suit le 45^e anniversaire de l'adhérent, date à laquelle cesse également le droit d'exercice de l'option d'assurabilité garantie;
- d) la date à laquelle l'adhérent cesse de participer à l'assurance perte de revenu;
- e) la date à laquelle l'adhérent exerce son droit à l'option d'assurabilité garantie pour la dixième fois;
- f) la date à laquelle la somme assurée totale que détient l'adhérent atteint le maximum prévu au contrat.

NOTE DE COUVERTURE

DÉBUT DE L'ASSURANCE

L'assurance d'un résident ou d'un étudiant finissant entre en vigueur s'il est alors au travail et s'acquitte des principales tâches de ses fonctions professionnelles ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être ou s'il n'est pas au travail, peut accomplir les principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles, à la plus tardive des dates suivantes :

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

Si le résident ou l'étudiant finissant n'est pas actif au travail ou ne peut s'acquitter des principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles suite à une maladie ou un accident le jour où son assurance doit entrer en vigueur, il devient assuré le jour où il retourne au travail et remplit les principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles ou s'il n'est pas au travail, est en mesure d'accomplir les principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles.

L'assurance d'un étudiant en médecine entre en vigueur s'il est alors aux études et s'acquitte de ses fonctions d'étudiant en médecine ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être ou s'il n'est pas aux études, peut accomplir ses fonctions d'étudiant, à la plus tardive des dates suivantes :

Pour la garantie d'assurance vie

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

Pour la garantie d'assurance perte de revenu

- a) la date à laquelle l'étudiant en première année de médecine devient admissible si sa demande d'adhésion et ses preuves d'assurabilité sont jugées satisfaisantes par l'assureur; l'étudiant se qualifie aux augmentations automatiques prévues au contrat sans preuves d'assurabilité;
- b) la date à laquelle l'administrateur reçoit la demande d'adhésion de l'étudiant en première année de médecine et ses preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur; l'étudiant se qualifie aux augmentations automatiques prévues au contrat sans preuves d'assurabilité;
- c) la date de l'acceptation des preuves d'assurabilité dans tous les autres cas.

Si l'étudiant en médecine n'est pas actif aux études ou ne peut s'acquitter de ses fonctions d'étudiant à la suite d'une maladie ou d'un accident, le jour où son assurance doit entrer en vigueur, il devient assuré le jour où il retourne aux études et remplit complètement ses fonctions d'étudiant ou s'il n'est pas aux études, est en mesure d'accomplir complètement ses fonctions d'étudiant. Toutefois, si l'étudiant connaît une période d'invalidité au cours de ses études en médecine, ces augmentations automatiques d'assurance perte de revenu cessent et ce, même après le retour aux études de l'étudiant.

L'assurance d'une personne à charge d'un adhérent, si elle n'est pas alors hospitalisée, entre en vigueur à la plus tardive des dates suivantes :

- a) la date du début de l'assurance de l'adhérent;
- b) la date à laquelle la personne devient admissible à l'assurance;
- c) 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 première 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. Dans le cas d'un risque aggravé, l'assurance ne peut entrer en vigueur avant la réception par l'assureur des preuves d'assurabilité et de la première prime mensuelle, y compris toute surprime. Si les preuves d'assurabilité requises par l'assureur n'ont pas été fournies dans les 60 jours suivant la signature de la demande d'adhésion par l'adhérent, cette demande devient nulle.

Si un adhérent 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 moment du décès.

SUICIDE

Si la personne à assurer se suicide au cours des deux premières années suivant la date de son adhésion à l'assurance en vertu de cette 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 l'adhérent 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 Résidents du Québec (88R00).

PREUVES D'ASSURABILITÉ

Le régime est assujetti à des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. L'étudiant en médecine qui a fourni des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur n'a pas à fournir des preuves d'assurabilité pour les augmentations automatiques et ce, en autant qu'il ne soit pas invalide.

TERMINAISON DE L'ASSURANCE

Le régime se termine au plus tard six (6) mois après l'obtention du titre de médecin de famille ou de spécialiste, sans excéder deux (2) années suivant la terminaison de la résidence.