

Un régime d'assurance collective de personnes
assuré par Beneva et administré par :

ASSURANCE MÉDICAMENTS ET SANTÉ

2026-01-01 – RÉGIME L'ESSENTIEL

Âge	Individuel	Familial	Monoparental	Couple
0 – 29 ans	733,00 \$	1 573,00 \$	840,00 \$	1 466,00 \$
30 – 39 ans	1 144,00 \$	2 452,00 \$	1 308,00 \$	2 288,00 \$
40 – 49 ans	1 648,00 \$	3 530,00 \$	1 882,00 \$	3 296,00 \$
50 – 64 ans	1 703,00 \$	3 645,00 \$	1 942,00 \$	3 406,00 \$

2026-01-01 – RÉGIME L'ÉQUILIBRÉ

Âge	Individuel	Familial	Monoparental	Couple
0 – 29 ans	953,00 \$	1 990,00 \$	1 104,00 \$	1 839,00 \$
30 – 39 ans	1 364,00 \$	2 870,00 \$	1 573,00 \$	2 661,00 \$
40 – 49 ans	1 869,00 \$	3 950,00 \$	2 148,00 \$	3 671,00 \$
50 – 64 ans	1 922,00 \$	4 063,00 \$	2 208,00 \$	3 777,00 \$

2026-01-01 – RÉGIME L'ENRICHI

Âge	Individuel	Familial	Monoparental	Couple
0 – 29 ans	1 144,00 \$	2 407,00 \$	1 330,00 \$	2 221,00 \$
30 – 39 ans	1 644,00 \$	3 474,00 \$	1 897,00 \$	3 221,00 \$
40 – 49 ans	2 258,00 \$	4 788,00 \$	2 597,00 \$	4 449,00 \$
50 – 64 ans	2 322,00 \$	4 926,00 \$	2 671,00 \$	4 577,00 \$

Les primes contenues dans ce document sont des primes avant la taxe de 9 %

Veuillez communiquer avec Sogemec Assurances si vous désirez connaître les primes annuelle applicables au régime à compter de 65 ans.

Un régime d'assurance collective de personnes
assuré par Beneva et administré par :

IDENTIFICATION

Nom _____ Prénom _____ Police no 14A00

Date de naissance : Sexe : ☐ F ☐ M Langue de communication : ☐ Français ☐ Anglais N° de client Sogedent : _____
N° de permis de pratique : _____Adresse : ☐ résidentielle ☐ bureau

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

Province _____ Code postal _____ Courriel _____

Téléphone : Bureau : _____ Résidence : _____ Cellulaire : _____ Télécopieur : _____

Date d'entrée en vigueur de l'assurance médicaments : Statut : ☐ Dentiste - propriétaire ☐ Dentiste à la commission ou au % ☐ Dentiste - employé ☐ Étudiant
Si étudiant : Année de graduation _____ ☐ Université Laval ☐ Université Montréal ☐ Université McGill**CHOIX DE GARANTIE** *Veillez cocher la ou les cases suivantes.*

- Afin de connaître les détails des soins couverts sous chacun des plans ci-dessous, prière de vous référer au sommaire des protections.
- Le choix du plan est valide jusqu'au prochain renouvellement d'une année impaire ou jusqu'à ce que survienne un évènement de vie ouvrant le droit au changement de plan.

- ☐ ASSURANCE MÉDICAMENTS (L'ESSENTIEL)
☐ ASSURANCE MÉDICAMENTS / SANTÉ (L'ÉQUILIBRÉ)
☐ ASSURANCE MÉDICAMENTS / SANTÉ (L'ENRICH)

Raison du changement d'option (à remplir **OBLIGATOIREMENT** si vous demandez une modification de plan sauf lors d'une période de renouvellement d'année impaire) :

- ☐ Mariage ☐ Union de fait depuis au moins un an ☐ Divorce/séparation de corps ☐ Naissance/adoption ou garde légale d'enfant
☐ Décès d'une personne à charge ☐ Fin d'admissibilité d'une personne à charge ☐ Fin d'admissibilité du conjoint au plan collectif de son employeur

Êtes-vous membre actif de l'ACDQ? ☐ Oui ☐ Non**PROTECTION** *Veillez cocher la protection choisie ou modifiée.* ☐ Individuelle ☐ Monoparentale ☐ Couple ☐ Familiale**RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT ET LES ENFANTS À CHARGE** *Veillez remplir si vous avez demandé une protection monoparentale, couple ou familiale.*

Nom	Prénom	Sexe	Lien de parenté avec l'adhérent (conjoint, enfant)	Date de naissance	Si l'enfant à charge est âgé de 21 ans ou plus, préciser :	Nom de l'assureur si autre garantie d'assurance maladie
		☐ F ☐ M			Étudiant à temps plein ☐ Oui ☐ Non Handicapé ☐ Oui ☐ Non	
		☐ ☐			Étudiant à temps plein ☐ Oui ☐ Non Handicapé ☐ Oui ☐ Non	
		☐ ☐			Étudiant à temps plein ☐ Oui ☐ Non Handicapé ☐ Oui ☐ Non	
		☐ ☐			Étudiant à temps plein ☐ Oui ☐ Non Handicapé ☐ Oui ☐ Non	

DÉCLARATION ET AUTORISATION

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 Beneva, 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 l'ACDQ. **JE RECONNAIS** que toute assurance accordée en vertu de la présente est assujettie aux dispositions de la police établie au nom de l'ACDQ.

JE CERTIFIE avoir pris connaissance de la brochure explicative du régime d'assurance de l'ACDQ.

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

Nom (EN MAJUSCULES) et signature du représentant

☐ Veuillez cocher si stagiaire.
Date

Nom (EN MAJUSCULES) et signature du maître de stage

AVIS DE CONSTITUTION D'UN DOSSIER

Dossier et renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements concernant les personnes qu'elles assurent, Beneva inc. et Sogemec Assurances inc. constituent un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant leur demande d'adhésion ainsi que les renseignements relatifs à leurs demandes de prestations.

Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés mandataires et 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 et toute autre personne que vous aurez autorisée ont accès à ce dossier. Beneva et Sogemec conservent les dossiers d'assurance dans leurs bureaux.

Toute personne a le droit de prendre connaissance des renseignements la concernant et, le cas échéant, de les faire rectifier sans frais, en adressant une demande écrite à cet effet à l'une ou l'autre des adresses suivantes :

Beneva inc.

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

Sogemec Assurances inc.

Responsable de la protection des renseignements personnels
2, Complexe Desjardins, Tour de l'est, 20e étage
C.P. 217 Succ. Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1G9

Toutefois, Beneva et Sogemec peuvent exiger des frais pour toute transcription, reproduction ou transmission de renseignements et informeront préalablement la personne concernée du montant approximatif exigible.