

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 88H00

ASSURANCE MÉDICAMENTS, MALADIE ET SOINS DENTAIRES

IDENTIFICATION

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance :

A

A

A

A

M

M

J

J

 Sexe : ☐ F Langue de communication : ☐ Français N° de médecin : _____
☐ M ☐ Anglais Spécialité : _____

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

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.

ASSURANCES MÉDICAMENTS ET MALADIE — le choix de l'option est valide pour une période minimale de 2 ans.

<input type="checkbox"/> OPTION 1 – ASSURANCE MÉDICAMENTS	<input type="checkbox"/> OPTION 2 – ASSURANCE MÉDICAMENTS ET MALADIE	<input type="checkbox"/> OPTION 3 – ASSURANCE MÉDICAMENTS LISTE RAMQ
Franchise : <ul style="list-style-type: none">100 \$ - individuelle et monoparentale200 \$ - couple et familiale Coassurance : 75 % Contribution annuelle maximale par adulte : <ul style="list-style-type: none">Selon le montant maximale de la RAMQ Protection : <ul style="list-style-type: none">Médicaments ne pouvant s'obtenir que sur ordonnance médicaleAssurances voyage et annulation voyage	Franchise : <ul style="list-style-type: none">200 \$ - individuelle et monoparentale400 \$ - couple et familiale Coassurance médicaments : 80% Contribution annuelle maximale par adulte : <ul style="list-style-type: none">Selon le montant maximale de la RAMQ Coassurance frais médicaux et paramédicaux : 80 % des frais admissibles Protection : <ul style="list-style-type: none">Médicaments ne pouvant s'obtenir que sur ordonnance médicaleAssurances voyage et annulation voyageFrais médicaux et paramédicaux	Franchise : <ul style="list-style-type: none">150 \$ - individuelle et monoparentale300 \$ - couple et familiale Coassurance : 66 % Contribution annuelle maximale par adulte : <ul style="list-style-type: none">Selon le montant maximale de la RAMQ Protection : <ul style="list-style-type: none">Médicaments – Liste RAMQ

Des preuves d'assurabilité peuvent être requises.
Veuillez consulter la section *Transfert de régime d'assurance collective*.

☐ ASSURANCE SOINS DENTAIRES
La garantie est facultative mais conditionnelle à l'option 2. Le choix de cette garantie est valide pour une période minimale de 3 ans. Aucun remboursement pour frais dentaires engagés dans les 6 premiers mois de l'assurance n'est accordé si l'adhésion à cette garantie parvient à l'assureur 180 jours après votre date d'admissibilité.

Franchise : 100 \$	Coassurance : <ul style="list-style-type: none">100 % : Base et prévention80 % : Restauration mineure50 % : Restauration majeure Maximum par année civile : 1 500 \$ par assuré pour l'ensemble des protections	Coassurance : 50 % - Orthodontie Maximum viager : 1 500 \$ par assuré
--------------------	---	--

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

S'il s'agit d'une modification de protection :

A

A

A

A

M

M

J

J

Événement justifiant la modification (mariage, naissance, divorce, etc.) : _____ Date de l'événement :

A

A

A

A

M

M

J

J

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

Remplir 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	<div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>M</div><div>M</div><div>J</div><div>J</div></div>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>M</div><div>M</div><div>J</div><div>J</div></div>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>M</div><div>M</div><div>J</div><div>J</div></div>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>M</div><div>M</div><div>J</div><div>J</div></div>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>M</div><div>M</div><div>J</div><div>J</div></div>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>M</div><div>M</div><div>J</div><div>J</div></div>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

FV7221F-MED (2022-12)

☐ **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 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 FMSQ. **JE RECONNAIS** que toute assurance accordée en vertu de la présente est assujettie aux dispositions de la police établie au nom de la FMSQ. **JE CERTIFIE** avoir pris connaissance de la brochure explicative du régime d’assurance de la FMSQ. **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 20e 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/>