

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



**Police 88R00**

## IDENTIFICATION

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

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

Date de naissance du conjoint : A A A A | M M J J

Adresse :

N° Rue Bureau ou app. Ville

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Téléphone : Résidence :                  Cellulaire :                 

Année à laquelle vous êtes devenu membre de la FMRQ :                  Niveau de résidence : \_\_\_\_\_ Numéro de résident : \_\_\_\_\_

Date prévue de la fin de la résidence : A A A A | M M J J Si médecine familiale cochez:

Spécialité : \_\_\_\_\_

Si vous êtes étudiant, précisez votre année d'étude :  Pré-med  1<sup>ère</sup> année  2<sup>ème</sup> année  3<sup>ème</sup> année  Externe 1  Externe 2

Date à laquelle vous terminerez vos études : A A A A | M M J J Nom de l'université: \_\_\_\_\_

## CHOIX DE GARANTIE – Veuillez vous reporter à la page 3 pour connaître les exigences relatives aux preuves d'assurabilité.

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 1 ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT

	Minimum	Maximum	Somme assurée choisie	ASSURANCE ACCIDENT <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non : Le montant sera le même que celui détenu en assurance-vie
Adhérent	20 000 \$	750 000 \$	<u>                </u> \$ Multiple de 10 000 \$	
Conjoint	10 000 \$	250 000 \$	<u>                </u> \$ Multiple de 10 000 \$	
Enfant	5 000 \$	50 000 \$	<u>                </u> \$ Multiple de 5 000 \$	

GARANTIE 2 ASSURANCE – PERTE DE REVENU INCLUANT L'OPTION D'ASSURABILITÉ GARANTIE

	ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE	ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE
Délai de carence	90 jours	105 semaines à partir du début de l'invalidité
Durée maximale des prestations	Jusqu'à la 104 <sup>e</sup> 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 IPC – Max. 3 %
Somme assurée choisie	<u>                </u> \$ – Multiple de 100 \$	<u>                </u> \$ – Multiple de 100 \$

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

Compagnie	Genre d'assurance Individuelle	Collective	Type de garantie (vie, invalidité, frais généraux)	Remplacée par FMRQ	Montant maximum d'assurance
				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 1.

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

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).

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'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.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**

**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 vérifique et je consens à ce qu'elle serve de base à l'assurance demandée. Je reconnaît 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 vérifiable et complète. **JE CONFIRME** que je suis autorisé à divulguer de l'information concernant mon conjoint et mes enfants à charge de déterminer leur admissibilité dans la mesure où des garanties les touchent. **JE CONSENDS** 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 FMRQ. **JE RECONNAIS** que toute assurance accordée en vertu de la présente est assujettie aux dispositions de la police établie au nom de la FMRQ. **JE CERTIFIE** avoir pris connaissance de la brochure explicative du régime d'assurance de la FMRQ. **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 : \_\_\_\_\_

## **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.

## **NOTE DE COUVERTURE**

### **ENTRÉE EN VIGUEUR 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 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.

## **NOTE DE COUVERTURE - SUITE**

Si le résident ou l'étudiant n'est pas actif au travail le jour où 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 s'acquitte des 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 date 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**

L'assurance d'une personne à charge d'un membre ou d'un résident finissant entrera en vigueur à la plus tardive des dates suivantes :

- 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 sont jugées satisfaisantes par l'assureur; l'étudiant se qualifie aux augmentations automatiques prévues au contrat sans preuves d'assurabilité;
- c) La date d'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 de 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 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 1ère 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 1ère prime mensuelle totale, y compris toute surprise. Si les preuves d'assurabilité requises par l'assureur n'ont pas été fournies dans les 60 jours suivant la date de signature de la demande d'adhésion, cette dernière 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 mont 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 la 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 le membre 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.

## **CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ À 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 d'un transfert des protections de l'adhérent à la fin de la 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 de versement des prestations : jusqu'à 65 ans
- Rente maximale possible en vertu du contrat FMR : 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) L'adhérent doit être âgé de moins de 45 ans;
- b) L'adhérent doit présenter des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur;
- c) L'adhérent doit être en mesure de démontrer à chaque année que son revenu mensuel net justifie cette augmentation annuelle de prestations en prenant en considération les autres assurances invalidité individuelles ou collectives en vigueur.
- d) 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.

### **TRANSFERT 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 0 h 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 celle-ci n'est pas payée avant la fin du délai de grâce;
- c) Le 1<sup>er</sup> octobre qui suit son 45<sup>e</sup> anniversaire, soit la date à laquelle le droit d'exercice de l'option d'assurabilité garantie prend fin;
- d) La date à laquelle il cesse d'adhérer à l'assurance perte de revenu;
- e) La date à laquelle il exerce son droit à l'option d'assurabilité garantie pour la dixième fois;
- f) La date à laquelle la somme assurée totale qu'il détient atteint le maximum prévu au contrat.