

DEMANDE D'ASSURANCE
 ADHÉSION AUGMENTATION MODIFICATION

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.

IDENTIFICATION

Nom		Prénom		Numéro d'identification		Date de naissance-Adhérent AA MM JJ	
Adresse - n°, rue				Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance-Conjoint AA MM JJ	
Ville, province						Code postal	
Numéros de téléphone Bur. : () Rés. : ()				Adresse électronique			
Année à laquelle vous êtes devenu membre de la FMRQ AA		Niveau de résidence		Numéro de résident		Date prévue de la fin de résidence AA MM JJ	
Si médecine familiale, cochez : <input type="checkbox"/>		Si spécialité, indiquez le genre de spécialité				Si vous êtes étudiant, cochez : Année d'études universitaires <input type="checkbox"/> 1 ^{re} année <input type="checkbox"/> 2 ^e année <input type="checkbox"/> externe 1 <input type="checkbox"/> externe 2	
Date à laquelle vous terminerez vos études AA MM JJ		Nom de l'université				Langue de communication <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

CHOIX DES GARANTIES – Veuillez vous reporter à la page 4 du présent document pour connaître les exigences relatives aux preuves d'assurabilité.

Vous pouvez choisir l'une ou l'autre des garanties suivantes. 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 <table border="0"> <tr> <td></td> <td>MINIMUM</td> <td>MAXIMUM</td> <td>SOMME ASSURÉE CHOISIE</td> </tr> <tr> <td>- Adhérent :</td> <td>20 000 \$</td> <td>750 000 \$</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Multiple de 10 000 \$</td> </tr> <tr> <td>Exonération des primes :</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> Oui : Les primes d'assurance vie pour le conjoint seront exonérées également. <input type="checkbox"/> Non : Ce choix est irrévocable. </td> </tr> <tr> <td>- Conjoint :</td> <td>10 000 \$</td> <td>250 000 \$</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Multiple de 10 000 \$</td> </tr> <tr> <td>- Enfant :</td> <td>5 000 \$</td> <td>50 000 \$</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Multiple de 5 000 \$</td> </tr> </table>				MINIMUM	MAXIMUM	SOMME ASSURÉE CHOISIE	- Adhérent :	20 000 \$	750 000 \$	_____				Multiple de 10 000 \$	Exonération des primes :	<input type="checkbox"/> Oui : Les primes d'assurance vie pour le conjoint seront exonérées également. <input type="checkbox"/> Non : Ce choix est irrévocable.			- Conjoint :	10 000 \$	250 000 \$	_____				Multiple de 10 000 \$	- Enfant :	5 000 \$	50 000 \$	_____				Multiple de 5 000 \$	<input type="checkbox"/> GARANTIE 2 - Assurance perte de revenu <table border="0"> <tr> <td></td> <td>ASSURANCE SALAIRE COURTE DURÉE</td> <td>ASSURANCE SALAIRE LONGUE DURÉE</td> </tr> <tr> <td>Délai de carence</td> <td>90 jours</td> <td>105 semaines à partir du début de l'invalidité</td> </tr> <tr> <td>Durée maximale des prestations</td> <td>Jusqu'à la 104^e semaine d'invalidité</td> <td>Jusqu'à 65 ans</td> </tr> <tr> <td>Montant de la rente mensuelle</td> <td>Min. 500 \$ - Max. 1 500 \$</td> <td>Min. 500 \$ - Max. 3 500 \$</td> </tr> <tr> <td>Indexation annuelle des prestations</td> <td>Aucune</td> <td>Selon Indice des prix à la consommation - Max. 3 %</td> </tr> <tr> <td>SOMME ASSURÉE CHOISIE :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>				ASSURANCE SALAIRE COURTE DURÉE	ASSURANCE SALAIRE LONGUE DURÉE	Délai de carence	90 jours	105 semaines à partir du début de l'invalidité	Durée maximale des prestations	Jusqu'à la 104 ^e semaine d'invalidité	Jusqu'à 65 ans	Montant de la rente mensuelle	Min. 500 \$ - Max. 1 500 \$	Min. 500 \$ - Max. 3 500 \$	Indexation annuelle des prestations	Aucune	Selon Indice des prix à la consommation - Max. 3 %	SOMME ASSURÉE CHOISIE :	_____	_____
	MINIMUM	MAXIMUM	SOMME ASSURÉE CHOISIE																																																				
- Adhérent :	20 000 \$	750 000 \$	_____																																																				
			Multiple de 10 000 \$																																																				
Exonération des primes :	<input type="checkbox"/> Oui : Les primes d'assurance vie pour le conjoint seront exonérées également. <input type="checkbox"/> Non : Ce choix est irrévocable.																																																						
- Conjoint :	10 000 \$	250 000 \$	_____																																																				
			Multiple de 10 000 \$																																																				
- Enfant :	5 000 \$	50 000 \$	_____																																																				
			Multiple de 5 000 \$																																																				
	ASSURANCE SALAIRE COURTE DURÉE	ASSURANCE SALAIRE LONGUE DURÉE																																																					
Délai de carence	90 jours	105 semaines à partir du début de l'invalidité																																																					
Durée maximale des prestations	Jusqu'à la 104 ^e semaine d'invalidité	Jusqu'à 65 ans																																																					
Montant de la rente mensuelle	Min. 500 \$ - Max. 1 500 \$	Min. 500 \$ - Max. 3 500 \$																																																					
Indexation annuelle des prestations	Aucune	Selon Indice des prix à la consommation - Max. 3 %																																																					
SOMME ASSURÉE CHOISIE :	_____	_____																																																					

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) – Remplir cette section si vous adhérez à la garantie 1

Nom, prénom	Date de naissance si mineur AA MM JJ	Lien avec l'adhérent	%	Veillez cocher <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. 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>				

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

AUTRES ASSURANCESSI AUCUNE AUTRE ASSURANCE, COCHEZ

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

⁽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.**PRIME ANNUELLE**

Prime annuelle totale des garanties choisies	Taxe de 9 %	Prime annuelle totale incluant la taxe	Acompte à payer
<input type="text"/> \$	+ <input type="text"/> \$	= <input type="text"/> \$	X 1/12 = <input type="text"/> \$

MODE DE PAIEMENT**Choix du mode de paiement - Veuillez choisir qu'une seule option** **OPTION 1 : PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT**

MM AA

Carte de crédit : Visa MasterCard Numéro de carte de crédit : _____ Date d'expiration : _____ Paiement mensuel Paiement annuel**OU** **OPTION 2 : PAIEMENT PAR CHÈQUE** **MENSUELLEMENT** - Les paiements se feront mensuellement par prélèvements automatiques sur le compte (PAC).
Veuillez joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ ». **ANNUELLEMENT** - Veuillez joindre un chèque établi à l'ordre de Sogemec Assurances inc.TYPE DE SERVICES : PERSONNEL AFFAIRES**Renseignements sur les paiements - Veuillez remplir cette section si vous avez choisi le paiement mensuel par prélèvement automatique sur le compte (PAC).**

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 AutreComptes 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.

Autorisation de paiement**Paiement par carte de crédit**

Par la présente, j'autorise/nous autorisons Sogemec Assurances inc. à faire un prélèvement sur mon/notre compte le premier jour ouvrable de chaque mois ou aux environs de cette date afin de couvrir les primes d'assurance exigibles. La présente autorisation peut être révoquée par Sogemec Assurances inc. ou par moi-même/nous-mêmes moyennant un avis écrit. Sogemec Assurances inc. résiliera la couverture ou changera le mode de paiement pour un autre mode acceptable si un prélèvement est refusé, qu'elle qu'en soit la raison.

L'institution financière ne sera en aucun cas tenue responsable si une situation de ce genre survient.

Nom du titulaire de la carte_____
Signature du titulaire de la carte_____
Deuxième signature s'il s'agit d'un compte conjoint_____
Date

MODE DE PAIEMENT (suite)

Paielement par prélèvement automatique sur le compte (PAC)

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 l'Association canadienne des paiements. 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 l'ACP, à l'adresse www.cdnipay.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 l'ACP, à l'adresse de www.cdnipay.ca.

Nom du titulaire du compte

Signature du titulaire du compte

Deuxième signature s'il s'agit d'un compte conjoint

Date

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des services d'assurance collective qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de DSF qui en ont besoin pour leur travail. Vous avez le droit de consulter votre dossier. 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'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Sécurité financière, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2. DSF peut utiliser la liste de ses 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 DSF.

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 peut entraîner l'annulation de l'assurance si les taux des 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 des renseignements qui apparaissent sur 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 Desjardins Sécurité financière ou à 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. 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

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 :

- la date à laquelle il devient admissible;
- la date à laquelle il remplit sa demande d'adhésion;
- 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

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

Pour la garantie d'assurance perte de revenu

- la date à laquelle l'étudiant en 1^{re} année de médecine devient admissible si sa demande d'adhésion et ses preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur sont reçues par l'administrateur entre le 1^{er} et le 31 octobre; l'étudiant se qualifie aux augmentations automatiques prévues au contrat sans preuves d'assurabilité;
- la date à laquelle l'administrateur reçoit la demande d'adhésion de l'étudiant en 1^{re} année de médecine et ses preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur si l'administrateur les reçoit entre le 1^{er} novembre et le 31 décembre; l'étudiant se qualifie aux augmentations automatiques prévues au contrat sans preuves d'assurabilité;
- 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 :

- la date du début de l'assurance de l'adhérent;
- la date à laquelle la personne devient admissible à l'assurance;
- 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.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

Le régime est assujéti à des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. L'étudiant en 1^{ère} année de 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. En ce qui concerne tout montant d'assurance obtenu sans preuves d'assurabilité, aucune prestation ne sera versée advenant une invalidité survenue au cours des 24 premiers mois suivant l'adhésion et résultant d'un état pathologique préexistant au cours des 36 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance. Par état pathologique, on entend une blessure, une maladie ou un état physique, diagnostiqué ou non, dont les symptômes se sont manifestés pour la première fois, pour lequel un traitement a été recommandé, requis ou obtenu ou pour lequel des médicaments ont été prescrits ou pris au cours des 36 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

TRANSFERT

Vous pouvez transférer vos protections dans les 90 jours suivant l'obtention de votre titre de médecin de famille ou de spécialiste dans le programme d'assurance de la FMSQ.

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.