

Un régime d'assurance collective assuré par  
 Desjardins Sécurité financière et administré par :

**Sogemec**  
 ASSURANCES  
 Cabinet de services financiers

**IDENTIFICATION**

Nom		Prénom		Numéro de certificat		Date de naissance AA MM JJ	
Adresse - N°, rue <input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Bureau				Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Langue de communication <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Ville, province				Code postal		Revenu annuel brut	
Veuillez cocher :				AA MM JJ		Numéros de téléphone	
<input type="checkbox"/> nouveau membre		Date à laquelle vous êtes devenu membre de la FMSQ ou du Collège des médecins du Québec		Bur. : ( )		Rés. : ( )	
<input type="checkbox"/> résident finissant		Date à laquelle vous avez terminé votre résidence		AA MM JJ		Adresse électronique	
						Spécialité	

**OPTION D'ASSURABILITÉ GARANTIE – Veuillez vous référer au verso pour connaître les exigences requises**

L'option d'assurabilité garantie est assujettie aux clauses de limitation ainsi qu'aux réductions et aux exclusions relatives à la garantie C - Assurance perte de revenu du contrat n° B150.

 Veuillez cocher cette case si, au terme de votre période de résidence, vous détenez l'option d'assurabilité garantie en vertu du contrat B172 et que vous désirez la transférer au contrat B150. Si vous n'avez connu aucune période d'invalidité pendant votre résidence, vous devez choisir l'une des protections offertes ci-dessous et l'augmentation de 500 \$ de rente mensuelle s'appliquera à ce choix. Si vous avez connu une période d'invalidité pendant votre résidence, veuillez communiquer avec Sogemec Assurances inc.

L'adhérent peut obtenir, lors de chaque période d'option, une augmentation de 500 \$ de rente mensuelle, sous réserve d'un maximum de 5 000 \$ et du maximum prévu à la police. Une période d'option se définit comme étant une période pendant laquelle l'adhérent peut exercer son droit à l'option d'assurabilité garantie et elle se termine le 1er juin (date anniversaire du contrat). Cette augmentation s'applique au choix unique ou à l'un des choix que l'adhérent a fait en vertu de la garantie :

**C - Assurance perte de revenu**

DÉFINITION D'INVALIDITÉ <input type="checkbox"/> Propre profession <input type="checkbox"/> Revenus intégrés	ÂGE MAXIMUM DE PAIEMENT 70 ans <input type="checkbox"/> 65 ans <input type="checkbox"/>	INDEXATION ANNUELLE DES PRESTATIONS Selon indice des prix à la consommation max. 3% <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/>	DÉLAI DE CARENCE <input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> 45 jours <input type="checkbox"/> 180 jours	SOMME ASSURÉE MAXIMALE POUVANT ÊTRE OBTENUE _____ \$
<input type="checkbox"/> Taux fumeurs <input type="checkbox"/> Taux non-fumeurs		Revenu professionnel après dépenses d'exploitation : _____ \$		

**PRIME ADDITIONNELLE ANNUELLE TOTALE**

<b>GARANTIE C - ASSURANCE PERTE DE REVENU</b>		<b>Prime additionnelle</b>	
Somme assurée maximale pouvant être obtenue	Tranches de 100 \$ comprises dans la somme assurée maximale	Taux	Prime additionnelle annuelle totale
<input type="text"/>	÷ 100 \$ = <input type="text"/>	X <input type="text"/>	+ <input type="text"/> = <input type="text"/>

- 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 à chaque année.
- L'option se termine si la prime additionnelle est impayée et le membre ne pourra y adhérer de nouveau.
- Le mode de paiement utilisé sera le même que celui choisi lors de l'adhésion à la garantie C.

**DÉCLARATION**

 Avez-vous fait usage de cigarettes au cours des 12 derniers mois?  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 l'option offerte est assujettie aux clauses de limitation ainsi qu'aux exclusions stipulées au contrat. Je reconnais avoir pris connaissance des renseignements qui apparaissent au verso du présent formulaire et en avoir reçu une copie. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature du membre

Date

## CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ À L'OPTION D'ASSURABILITÉ GARANTIE

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.

## ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'OPTION D'ASSURABILITÉ GARANTIE ET DU PAIEMENT DE LA PRIME ADDITIONNELLE

L'option d'assurabilité garantie et le paiement de la prime additionnelle entrent en vigueur si l'adhérent est au travail actif à plein temps ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être et s'il s'acquitte des principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles ou s'il est en mesure de s'acquitter des principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles, **le 1<sup>er</sup> juin de l'année au cours de laquelle l'option est demandée**, et ce, à la condition que les preuves d'assurabilité aient été jugées satisfaisantes par l'assureur.

## RESTRICTION RELATIVE À L'AUGMENTATION DE LA SOMME ASSURÉE DE LA GARANTIE C

S'il choisit l'option d'assurabilité garantie et qu'il est âgé de moins de 40 ans, l'adhérent n'aura pas droit à l'augmentation de la somme assurée prévue le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

## DROIT D'EXERCICE DE L'OPTION D'ASSURABILITÉ GARANTIE

Le 1<sup>er</sup> juin de chaque année, l'adhérent doit informer l'administrateur de son choix de se prévaloir ou non de l'augmentation annuelle de 500 \$ de sa rente mensuelle :

- a) s'il désire obtenir l'augmentation annuelle, l'adhérent doit être au travail actif à plein temps le 1<sup>er</sup> juin et doit s'acquitter de la prime courante annuelle dudit montant.
- b) s'il refuse l'augmentation annuelle le 1<sup>er</sup> juin d'une année donnée, l'adhérent pourra se prévaloir seulement des augmentations annuelles futures auxquelles il a droit et devra continuer à payer la prime additionnelle relative à celles-ci.

Lors d'une augmentation annuelle alors que l'adhérent est invalide, des dispositions particulières s'appliquent. Veuillez communiquer avec Sogemec Assurances inc. pour de plus amples informations.

## 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.
- 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> juin 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.

## 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.