

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de la personne adhérente		Prénom	N° de certificat	N° de groupe	24476
Adresse de la personne adhérente (Domicile)			Code postal	N° tél. au travail	
Adresse courriel (Bureau)					
Adresse de la personne adhérente (Bureau)			Code postal	N° tél. au domicile	
Adresse courriel (Domicile)				N° de cellulaire	
État civil de la personne adhérente			Êtes-vous membre en règle de la F.M.O.Q.?		
Célibataire <input type="checkbox"/>	Marié(e) <input type="checkbox"/>	▶ Date mariage	Oui <input type="checkbox"/> N° de membre _____		
Veuf(ve) <input type="checkbox"/>	Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/>	▶ Date cohabitation	Non <input type="checkbox"/> Pourquoi _____		
Séparé(e) <input type="checkbox"/>	Divorcé(e) <input type="checkbox"/>	▶ Date divorce			
Date de naissance	Sexe	Communication	Êtes-vous un nouveau diplômé?	Date d'adhésion au Collège des médecins du Québec	
_____ A _____ M _____ J _____	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fr. <input type="checkbox"/> Angl. <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	_____ A _____ M _____ J _____	

2. PROTECTIONS

 Admissible au régime : **MOINS DE 65 ANS** **65 ANS OU PLUS** (Pour changement seulement)

 Statut : **INDIVIDUEL** **MONOPARENTAL** **FAMILIAL** **COUPLE**
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE BASE OBLIGATOIRE Option 1 Option 2 Option 3

A (Choisir entre option 1, option 2, option 3 ou remplir la section EXEMPTION - Participation minimale de 2 ans)

RÉGIMES OPTIONNELS :

	EN VIGUEUR	Changement		TAUX	PRIMES MENSUELLES
		J'ENLÈVE	J'AJOUTE		
	NOMBRE D'UNITÉS	NOMBRE D'UNITÉS	NOMBRE D'UNITÉS		
B Vie de la personne adhérente (5 à 150 unités de 10 000 \$)					B
C Vie du conjoint (5 à 25 unités de 10 000 \$) (Préalable « B »)					C
D Vie et MMA des enfants à charge (10 000 \$) (Préalable « B »)					D
E Assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelle de l'adhérent (5 à 25 unités de 10 000 \$) (Préalable « B »)					E
F Assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelle du conjoint (5 à 25 unités de 10 000 \$) (Préalable « C »)					F
G Assurance en cas de maladie grave • Personne adhérente (5 à 50 unités de 10 000 \$) • Conjoint (5 à 50 unités de 10 000 \$)					G
	Délai de carence				
H Garantie en cas d'invalidité prolongée (Montant admissible selon l'âge – Voir brochure.) (La protection est limitée à 85 % du revenu net.) (5 à 100 unités de 100 \$)	30 90 180				H
I Garantie frais de bureau (Préalable « H ») (Montant admissible selon l'âge)					I
N. B. : Si vous choisissez un des régimes optionnels (B à I), remplir la déclaration d'état de santé.					
J Garantie soins dentaires (La protection demandée doit être identique à la protection choisie pour le régime A.)					J

SOUS-TOTAL A à J

TAXE (9 %)

TOTAL

Vous devez remplir et signer le verso de ce formulaire.

3. DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

Nom	Prénom	Lien avec la personne adhérente	%	Date de naissance			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
				A	M	J	
							<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
							<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
							<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Au Québec, si vous n'indiquez pas que la désignation du bénéficiaire est révocable ou irrévocable, la désignation du conjoint légal est irrévocable et celle de tout autre bénéficiaire est révocable.

Dans toutes les provinces, le consentement écrit d'un bénéficiaire irrévocable est requis pour faire des changements à la désignation.

La désignation de bénéficiaire ci-dessus est destinée à l'assurance de la personne adhérente.

Les prestations pour les personnes à charge sont versées à la personne adhérente.

4. PERSONNES À CHARGE

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	
Conjoint		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J	Si âgé de 21 ans ou plus, préciser :
Enfant		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

5. EXEMPTION

- Début de l'exemption ▶ Date du début de l'exemption A | M | J ▶ Fournir la preuve de l'existence d'une assurance permettant l'exemption.
- Fin de l'exemption ▶ Date de la fin de l'exemption A | M | J ▶ Donner la raison de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption dans la section « Remarques » ci-dessous.

Remarques

6. DÉCLARATION DE PERSONNE NON-FUMEUSE (À remplir si vous désirez de l'assurance vie ou maladie grave.)

Je soussigné(e) déclare être une personne non-fumeuse et n'avoir fait aucun usage de tabac sous quelque forme que ce soit au cours des douze mois qui précèdent la date de la signature de ma demande de participation à la présente garantie. Il est entendu que l'Industrielle Alliance peut demander périodiquement une confirmation de mon statut de non-fumeur. À défaut de répondre à cette confirmation de statut, je perdrai mon statut et ne pourrai plus bénéficier de la réduction de prime qui s'y rattache à compter de la date de la demande faite par l'Industrielle Alliance. Je reconnais également que toute fausse déclaration peut entraîner la nullité de la protection.

Signature de la personne adhérente _____ Date A | M | J

Signature du conjoint _____ Date A | M | J

7. SIGNATURE

J'autorise l'assureur à utiliser à des fins administratives les renseignements contenus dans cette demande. Je certifie que les renseignements inscrits dans cette demande sont exacts et complets. Je reconnais de plus avoir pris connaissance de l'avis au verso concernant les dossiers et les renseignements personnels et avoir conservé copie du présent formulaire.

Signature de la personne adhérente _____ Date A | M | J

AUTORISATION DE RETRAIT BANCAIRE

Par la présente, j'autorise D.P.M.M. inc. à déduire de mon compte précisé ci-dessous, le premier de chaque mois, le montant de la prime d'assurance.

J'autorise également la (institution bancaire) _____ à déduire ces montants de mon compte.

Ma banque ou caisse populaire _____ Succursale _____

Genre de compte : Épargne Courant Chèques Numéro de compte : _____

Cette autorisation peut être révoquée en tout temps par un avis écrit de ma part.

A | M | J
| | |
Date

Signature de la personne adhérente

Signature du conjoint (compte conjoint)

1A) Si vous employez le système préautorisé, fournir un spécimen de chèque et un chèque pour le premier versement.

1B) Si vous payez annuellement, calculer le montant jusqu'au 30 juin de l'année suivante, à compter du mois qui suit l'adhésion et joindre votre chèque payable à D.P.M.M. inc.

Nom du représentant DPMM _____