

TROUSSE D'ADHÉSION 2026

Régime d'assurance soins de santé réservé aux membres

Nous avons le plaisir de vous faire part des protections disponibles sous le régime d'assurance soins de santé de l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec.

À titre de rappel, la Loi sur l'assurance médicaments oblige tous les résidents du Québec à souscrire et à maintenir une protection de base en assurance médicaments. Si vous êtes âgé de moins de 65 ans et n'avez pas accès à un régime collectif par le biais de votre employeur ou de votre conjoint, vous êtes dans l'obligation de souscrire au régime d'assurance soins de santé offert par l'entremise de l'Ordre des CPA pour vous et vos personnes à charge admissibles. Nous espérons que l'un des régimes proposés saura combler vos besoins.

PROCÉDURE D'ADHÉSION

Afin d'assurer la confidentialité de vos renseignements personnels, vous devez transmettre votre formulaire d'adhésion par le biais du portail [VIGILIS | Secure](#).

Pour obtenir votre accès personnalisé, vous pouvez remplir le [formulaire en ligne](#) ou communiquer avec l'équipe VIGILIS, gestionnaire du régime, par téléphone, durant les heures normales de bureau.

Important :

L'assureur du régime acceptera votre demande d'adhésion sans preuves de bonne santé si celle-ci est reçue à nos bureaux **au plus tard 31 jours après la date d'annulation de votre régime d'assurance collective antérieur**. Des preuves de bonne santé seront exigées pour toute demande d'adhésion au régime complet ou intermédiaire reçue après cette date.

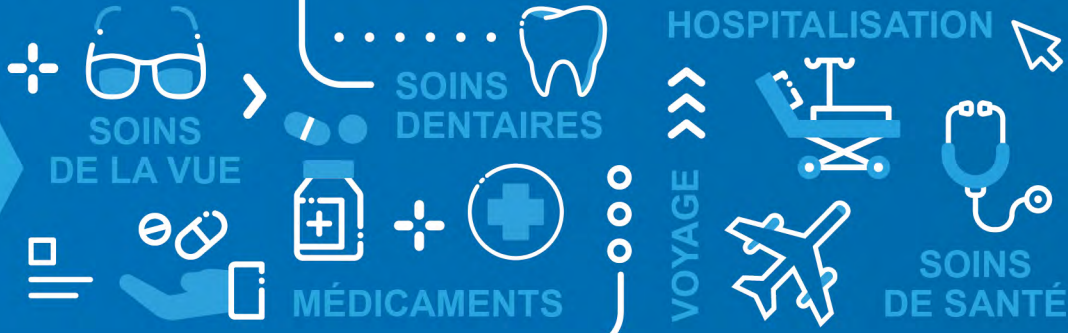
Le régime d'assurance soins de santé est pris en charge par Beneva.

beneva

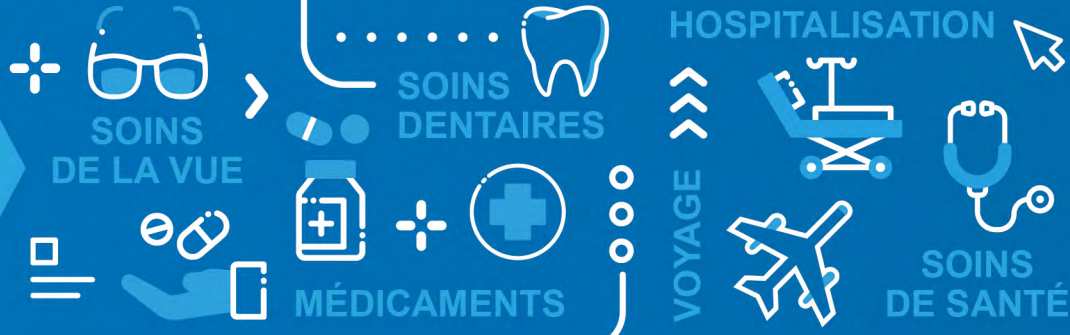
Pour de plus amples renseignements, ou pour toute question sur le portail VIGILIS | Secure, n'hésitez pas à communiquer avec l'équipe VIGILIS.

Par courriel : cpa@vigilis.ca

Par téléphone : du lundi au vendredi entre 9h et 17h, sans frais : 1 888 682-7772

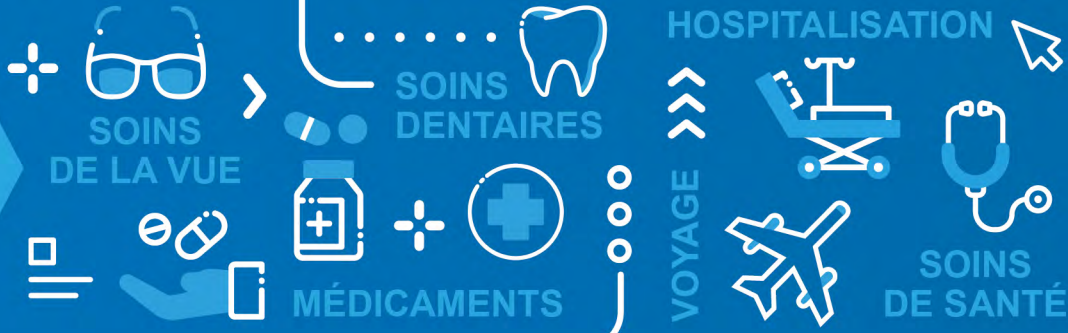

SOMMAIRE DES GARANTIES AU 1^{ER} JANVIER 2026

	DE BASE	INTERMÉDIAIRE	COMPLET	
MÉDICAMENTS	Franchise par ordonnance (pour chaque médicament)	10 \$	5 \$	5 \$
	Remboursement au prix du générique le plus bas Remboursement à 100 % jusqu'à la fin de l'année civile une fois la contribution maximale fixée par la RAMQ atteinte	70%	75 %	80 %
	Médicaments admissibles	Liste du régime public	Nécessitant une ordonnance	Nécessitant une ordonnance
HOSPITALISATION	Remboursement - Aucune franchise	s.o.	100 %	100 %
	Soins de courte durée	s.o.	Chambre à deux lits	Chambre à deux lits
	Soins de convalescence ou de réadaptation, par assuré, par période de 12 mois	s.o.	Chambre à deux lits Maximum 180 jours	Chambre à deux lits Maximum 180 jours
	Soins de longue durée, par assuré, maximum viager	s.o.	Chambre à deux lits Maximum 180 jours	Chambre à deux lits Maximum 180 jours
	Centre de désintoxication, par assuré, maximum viager	s.o.	80 \$ par jour Maximum 2 500 \$	80 \$ par jour Maximum 2 500 \$
VOYAGE	Remboursement - Aucune franchise	100 %	100 %	100 %
	Assistance voyage, frais médicaux et hospitaliers en cas d'urgence hors province suite à un accident ou une maladie soudaine, par voyage, par assuré	60 premiers jours Maximum 5 000 000 \$	60 premiers jours Maximum 5 000 000 \$	60 premiers jours Maximum 5 000 000 \$
	Assurance annulation et interruption de voyage, maximum par voyage, par assuré ¹	5 000 \$	5 000 \$	7 500 \$
	¹ Pour être admissible, votre régime doit être en vigueur au moment où l'un des risques assurés vous empêche de voyager.			
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	Remboursement - Aucune franchise	s.o.	75 %	80 %
	Maximum combiné pour l'ensemble des professionnels de la santé, par assuré, par année civile	s.o.	1 000 \$	1 500 \$
	Groupe 1 Acupuncteur, chiropraticien, diététiste, kinésithérapeute, kinésiologue, massothérapeute, naturopathe, ostéopathe	s.o.	Maximum combiné 300 \$ Maximum 50 \$ par visite	Maximum combiné 500 \$ Maximum 75 \$ par visite
	Groupe 2 Audiologiste, chiroprodiste, ergothérapeute, infirmier en soins des pieds, orthophoniste, podiatre, podologue, physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique, thérapeute du sport agréé	s.o.	Maximum combiné 500 \$ Maximum 50 \$ par visite	Maximum combiné 750 \$ Maximum 75 \$ par visite
	Groupe 3 Conseiller en orientation, psychanalyste, psychiatre, psychoéducateur, psychologue, psychothérapeute, travailleur social	s.o.	Maximum combiné 750 \$ Maximum 75 \$ par visite	Maximum combiné 1 000 \$ Maximum 100 \$ par visite
AUTRES FRAIS MÉDICAUX	Remboursement - Aucune franchise	s.o.	75 %	80 %
	Analyses de laboratoire et tests à des fins diagnostiques, par assuré, par année civile	s.o.	Maximum combiné 750 \$	Maximum combiné 1 000 \$
	Appareils auditifs, par assuré, par 36 mois	s.o.	250 \$	250 \$
	Chaussures orthopédiques, chaussures profondes et orthèses podiatriques, par assuré, par 12 mois	s.o.	Maximum combiné 500 \$	Maximum combiné 500 \$
	Soins et services d'aide à domicile, par assuré, par année civile	s.o.	500 \$	500 \$
	Soins infirmiers à domicile, par assuré, par période de 12 mois	s.o.	10 000 \$	10 000 \$
SOINS DE LA VUE	Remboursement - Aucune franchise	s.o.	100 %	100 %
	Examen de la vue - par adulte, par 24 mois	s.o.	Un examen	Un examen
	Lunettes, lentilles cornéennes et correction visuelle par laser, par adulte, par 24 mois ou par 12 mois pour les enfants à charge de moins de 18 ans	s.o.	s.o.	200 \$



PRIMES MENSUELLES DU RÉGIME DES MEMBRES AU 1^{ER} JANVIER 2026 (AVANT LA TAXE DE 9 %)

TYPE DE PROTECTION	RÉGIME	DE BASE	INTERMÉDIAIRE	COMPLET
INDIVIDUELLE	Moins de 40 ans	101,59 \$	307,68 \$	384,18 \$
	40 à 49 ans	110,57 \$	340,67 \$	425,46 \$
	50 à 64 ans	116,02 \$	355,16 \$	443,54 \$
COUPLE	Moins de 40 ans	203,18 \$	615,36 \$	768,36 \$
	40 à 49 ans	221,14 \$	681,34 \$	850,92 \$
	50 à 64 ans	232,04 \$	710,32 \$	887,08 \$
MONOPARENTALE	Moins de 40 ans	149,94 \$	457,72 \$	571,53 \$
	40 à 49 ans	163,29 \$	506,92 \$	633,01 \$
	50 à 64 ans	171,22 \$	528,30 \$	659,78 \$
FAMILIALE	Moins de 40 ans	251,53 \$	765,40 \$	955,71 \$
	40 à 49 ans	273,86 \$	847,59 \$	1 058,47 \$
	50 à 64 ans	287,24 \$	883,46 \$	1 103,32 \$



FAQ - PAGE 1/2

1. Suis-je forcé d'adhérer à un régime?

Si vous êtes âgé de moins de 65 ans et que vous ne bénéficiez plus d'aucune protection en vertu d'une police collective, vous devez souscrire au régime de base, qui constitue le seuil minimum prévu par la loi.

2. J'ai moins de 65 ans et je me suis déjà inscrit auprès de la Régie. Que dois-je faire?

Nous vous rappelons que vous n'êtes pas admissible au régime de la Régie si vous avez moins de 65 ans. Sachez que la Régie d'assurance maladie du Québec procède à des vérifications périodiques. **Si vous êtes inscrit auprès de la Régie par erreur ou si vous ne bénéficiez d'aucune protection, il est dans votre intérêt de corriger cette situation.**

3. Quelle est la date limite pour l'inscription?

SANTÉ : L'assureur accepte de vous assurer sans preuves médicales, peu importe le régime choisi, si le formulaire d'inscription, accompagné du versement approprié, est reçu à nos bureaux au plus tard 31 jours après la date d'annulation de votre régime antérieur.

DENTAIRE : L'assureur accepte de vous assurer si le formulaire d'inscription, accompagné de votre formulaire d'inscription à l'assurance santé, est reçu à nos bureaux au plus tard 31 jours après la date d'annulation de votre régime antérieur. Il vous est également possible de souscrire à l'assurance soins dentaires à l'anniversaire de la police.

4. Qu'arrive-t-il si ma demande est reçue après la date limite pour l'inscription?

La loi contraint l'assureur à accepter au minimum votre demande d'adhésion au régime de base, à partir de la date de réception de votre formulaire dûment rempli.

5. L'assureur peut-il exiger des preuves de bonne santé au renouvellement?

Non, pour peu que votre prime soit reçue dans le délai de grâce accordé de 31 jours.

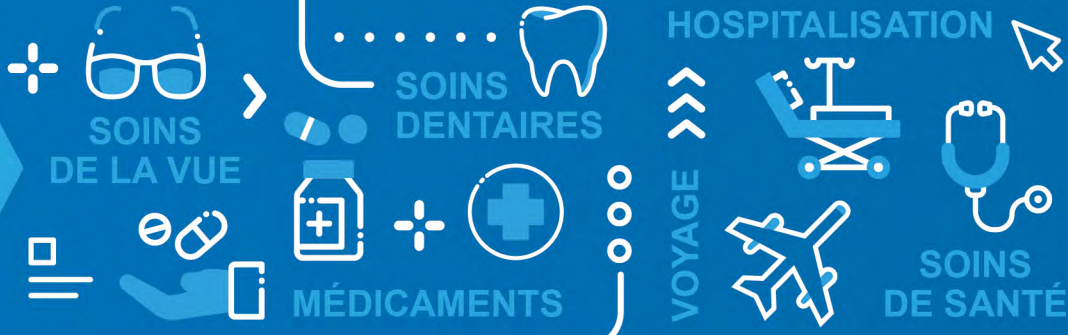
6. Mon conjoint et mes enfants sont-ils admissibles à la protection?

Oui. De fait, la loi vous impose même d'assurer votre conjoint, légitime ou de fait, et vos enfants célibataires âgés de moins de 21 ans ou de moins de 26 ans s'ils étudient à plein temps. Toutefois, vos enfants âgés de moins de 21 ans ne sont pas admissibles s'ils travaillent plus de 30 heures par semaine sauf s'ils étudient à plein temps. Votre conjoint de fait doit habiter avec vous depuis au moins 12 mois.

7. Puis-je changer de protection ou d'assureur en tout temps?

SANTÉ : Vous aurez la possibilité d'adhérer aux régimes intermédiaire et complet en tout temps en fournissant des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. Toutefois, la protection ne prendra effet que lorsque l'assureur aura accepté votre demande et aucune réduction de protection au régime de base ne sera permise pour une durée de deux ans. En revanche, si vous avez accès à une autre assurance collective, vous pourrez choisir en tout temps l'assureur qui répond le mieux à vos besoins.

DENTAIRE : Une fois par année, à l'anniversaire de la police, vous aurez la possibilité d'adhérer au régime d'assurance soins dentaires, à la condition d'être assuré en vertu du régime équivalent en assurance soins de santé. Toutefois, si vous choisissez le régime dentaire, vous ne pourrez ni réduire, ni annuler votre protection pour une durée de deux ans, à moins d'avoir accès à un autre régime collectif.



FAQ - PAGE 2/2

8. Je suis âgé de 65 ans et plus mais mon conjoint a moins de 65 ans. Puis-je demeurer assuré par le régime de la Régie d'assurance maladie du Québec?

Les personnes de 65 ans et plus ayant accès à un régime d'assurance collective ont le choix d'adhérer au régime collectif ou au régime de la RAMQ. Cependant, vous trouverez plus avantageux d'assurer le coût de vos médicaments d'ordonnance par l'entremise de la Régie. Si tel est votre choix, vos personnes à charge deviennent, elles aussi, assurées en vertu du régime gouvernemental.

9. J'atteindrai l'âge de 65 ans au cours de l'année qui vient. Comment dois-je calculer ma prime?

Il vous suffit de signer le formulaire d'inscription, après avoir choisi le régime désiré, en vous assurant de cocher le versement mensuel. Peu avant votre 65^e anniversaire de naissance, nous communiquerons avec vous afin de vérifier la nature de la protection que vous souhaitez maintenir en vigueur après avoir atteint 65 ans. À noter que les primes et la protection sont basées sur l'âge du membre sans tenir compte de l'âge du conjoint.

10. Qu'est-ce qu'une carte virtuelle de paiement direct?

La carte virtuelle de paiement direct est l'équivalent de la carte physique. Elle contient les numéros que vous devrez remettre à vos fournisseurs de services de santé afin que la compagnie d'assurance puisse payer directement la portion qui leur revient. Elle est accessible en tout temps sur le l'Espace Client de Beneva et peut être imprimée, au besoin.

11. Qu'est-ce qu'un médicament générique et qu'arrive-t-il si mon médecin me prescrit un médicament innovateur (d'origine)?

Un médicament générique est la copie d'un médicament innovateur dont le droit exclusif de vente est expiré. Si votre médecin vous prescrit un médicament d'origine pour lequel un générique existe sur le marché, l'assureur calculera son remboursement en fonction du prix du générique le plus bas, peu importe que vous ayez choisi de prendre le médicament innovateur ou le générique.

12. La police est-elle portable?

Oui, car elle ne tient qu'à votre statut de membre de l'Ordre des CPA.

13. Les primes sont-elles garanties?

Non. Les primes du régime sont établies pour l'ensemble des membres et varient selon les résultats techniques qu'obtient l'assureur.

14. Qu'arrive-t-il si je suis sans travail?

La protection prévue continuera, sans égard à votre situation de travail.

15. Qu'arrive-t-il si je perds mon statut de membre en règle de l'Ordre des CPA?

Le régime étant réservé aux membres (actifs et retraités), vous perdrez votre couverture sous le régime.

FORMULAIRE D'ADHÉSION

MÉDICAMENTS, SOINS DE SANTÉ ET VOYAGE

Les candidats à l'exercice de la profession ne sont pas admissibles.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Prénom :		Nom :	
No de membre CPA (6 chiffres et commence par un 4) :		Nouveau membre depuis le :	
Sexe F M	Date de naissance :	Langue de correspondance Français Anglais	
Adresse :			
Ville :		Province :	Code postal :
Téléphone bureau :		Téléphone domicile :	Téléphone cellulaire :
Courrier électronique :			

TYPE DE PROTECTION

Individuelle
Couple
Monoparentale
Familiale

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE aux fins de l'assurance

Prénom	Nom	Lien avec l'assuré	Date de naissance	Sexe	Étudiant temps plein?
				F M	Oui Non
				F M	Oui Non
				F M	Oui Non
				F M	Oui Non

COCHEZ LE RÉGIME CHOISI EN ASSURANCE SOINS DE SANTÉ - SVP PARAPHEZ PLUS BAS

Notez que les primes sont sujettes à changement au 1^{er} janvier de chaque année.

Base

Je comprends qu'en choisissant ce régime, je renonce à mon droit de bénéficier de l'assurance complémentaire sans preuves de bonne santé.

VOS INITIALES ICI : _____

Intermédiaire
Complet

Je comprends qu'aucune annulation ou réduction de protection ne sera permise pour une durée de deux ans, sauf si, pendant cette période, un autre régime collectif m'est rendu accessible par l'entremise de mon employeur ou de mon conjoint.

VOS INITIALES ICI : _____

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE PROTECTION D'ASSURANCE ANTÉRIEURE

RÉGIME COLLECTIF DATE DE TERMINAISON : ASSUREUR OU EMPLOYEUR :

RÉGIME PUBLIC (RAMQ) DATE DE TERMINAISON :

NON ASSURÉ

MODE DE PAIEMENT

PRÉLÈVEMENT BANCAIRE MENSUEL

1 - REMPLISSEZ ET SIGNEZ l'autorisation de débits préautorisés (DPA) ci-attachée
2 - JOIGNEZ un spécimen de chèque

FACTURATION DE LA PRIME (CHÈQUE)

Annuelle (prime payable jusqu'au **31 décembre 2026**)

Veillez joindre un chèque libellé à l'ordre de "**Gestion VIGILIS**" au montant approprié, en multipliant la prime mensuelle propre au régime de votre choix par le nombre de mois visé pour la période retenue. **Vous devez ajouter 9 %** pour la taxe d'assurance au Québec.

AUTORISATION ET SIGNATURE

J'autorise, par la présente, l'assureur désigné par l'Ordre et VIGILIS Solutions Collectives à faire la demande et à échanger des renseignements de nature personnelle, y compris des renseignements d'ordre médical, me concernant ou concernant mon conjoint ou mes enfants, auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de soins de santé ou de services sociaux, d'organismes publics (dans les limites prévues par la loi) et j'autorise ces personnes à fournir lesdits renseignements à l'assureur désigné par l'Ordre et VIGILIS Solutions Collectives dans le cadre des démarches entourant toute réclamation qui pourrait être formulée en mon nom en vertu du présent contrat. J'autorise également l'assureur désigné par l'Ordre et VIGILIS Solutions Collectives à communiquer des renseignements relatifs à ma protection d'assurance à toute autre compagnie d'assurance ou gestionnaire que l'Ordre aurait désigné à cet effet.

Je comprends que, pour pouvoir participer à ce régime, je dois être un membre en règle de l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec.

Signature du membre _____ **Date** _____

Pour des raisons de confidentialité, votre adhésion devrait nous être transmise par le biais du portail [VIGILIS | Secure](#).

Vous n'êtes pas encore client.e VIGILIS? Communiquez avec nous durant les heures de bureau pour obtenir votre accès sécurisé ou remplissez notre [formulaire en ligne](#).

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DÉBIT PRÉAUTORISÉS (DPA)

IMPORTANT (VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT.)

<p>J'autorise/Nous autorisons Gestion VIGILIS et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais/nous pourrions autoriser à tout moment) à commencer à effectuer les prélèvements variables selon mes/nos directives pour payer les primes périodiques. Les paiements mensuels périodiques seront portés au débit de mon/notre compte le 1^{er} jour de chaque mois. Le versement des primes est assujéti aux dispositions énoncées dans la police d'assurance. Gestion VIGILIS demande un préavis de 10 jours signifié par écrit pour traiter toute modification apportée à la présente DPA.</p>	<p>Je peux/Nous pouvons résilier la présente DPA en tout temps en donnant à Gestion VIGILIS un préavis écrit de 10 jours. Pour obtenir un formulaire de résiliation ou de plus amples renseignements sur mon/notre droit d'annuler la présente DPA, je peux/nous pouvons communiquer avec mon/notre institution financière, Gestion VIGILIS ou visiter www.cdnpay.ca.</p>
<p>Régimes d'assurance vie, assurance contre les maladies graves, assurance invalidité de longue durée, assurance des frais généraux, assurance soins de santé et soins dentaires</p>	<p>Je renonce/Nous renonçons à mon/notre droit de recevoir un préavis du montant du DPA et j'ai/nous avons convenu que je n'ai/nous n'avons pas besoin de préavis du montant des DPA avant le traitement du débit.</p>
<p>Vous ne pouvez représenter un paiement de prime retourné en raison d'une provision insuffisante ou de fonds non compensés qu'une seule fois et dans les 30 jours suivant l'imputation initiale. Si le paiement est retourné une deuxième fois dans la même année, le mode de règlement sera remplacé par la facturation directe selon une périodicité annuelle et il ne pourra être modifié avant le prochain anniversaire de police. Le solde impayé de la prime calculée jusqu'à l'anniversaire de police sera immédiatement exigible. Une nouvelle DPA sera exigée pour revenir au règlement des primes par prélèvement automatique.</p>	<p>J'ai/Nous avons certains recours si tout débit ne respecte pas la présente convention. J'ai/Nous avons le droit de toucher le remboursement de toute somme débitée qui ne serait pas autorisée en vertu de la présente DPA ou ne serait pas conforme à celle-ci. Pour obtenir plus de renseignements sur mes/nos recours, je peux m'adresser/nous pouvons nous adresser à mon/notre institution financière, à Gestion VIGILIS ou visiter www.cdnpay.ca.</p>
<p>Si la police/le compte est pour une couverture individuelle, la DPA sera utilisée comme une DPA personnelle, et si la police/le compte est détenu par une entreprise, alors la DPA sera utilisée comme une DPA d'affaires.</p>	

INFORMATION SUR L'ASSURÉ PRINCIPAL / le titulaire de la police (Prière d'écrire en caractères d'imprimerie)

Assuré principal : _____ Numéro(s) de police(s) ou d'identification : _____
 Titulaire - Nom (prénom et nom) ou dénomination sociale complète dans le cas d'une société, y compris les mentions Cie, ltée, inc., etc. : _____

Signature du (des) titulaire(s) de la police : _____ Date : _____

Signature du (des) titulaire(s) de la police : _____ Date : _____

INFORMATION SUR LE PAYEUR / titulaire du compte bancaire (Prière d'écrire en caractères d'imprimerie)

Nom (prénom et nom) ou dénomination sociale complète dans le cas d'une société, y compris les mentions Cie, ltée, inc., etc. : _____

Adresse (numéro civique, numéro d'appartement, rue, ville, province, code postal) : _____

Type de service : personnel entreprise _____ Apposez vos initiales pour confirmer que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société.

Signature du (des) titulaire(s) du compte bancaire : _____ Date : _____

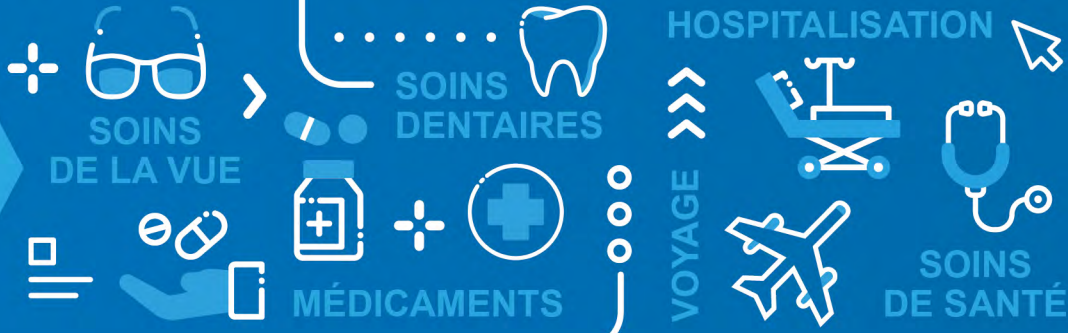
Signature du (des) titulaire(s) du compte bancaire : _____ Date : _____

INFORMATION SUR LE COMPTE BANCAIRE (Veuillez joindre un SPÉCIMEN DE CHÈQUE personnalisé portant la mention «NUL».)

Institution financière (IF) : _____

Numéro de transit de l'IF (succursale : 5 chiffres / institution : 3 chiffres) : _____ Numéro de compte de l'IF : _____

Adresse de la succursale : _____



TROUSSE D'ADHÉSION 2026

Régime d'assurance soins dentaires réservé aux membres

Vous trouverez ci-joint un sommaire comparatif des régimes facultatifs d'assurance soins dentaires réservés aux membres de l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec.

PROCÉDURE D'ADHÉSION

Afin d'assurer la confidentialité de vos renseignements personnels, vous devez transmettre votre formulaire d'adhésion par le biais du portail [VIGILIS | Secure](#).

Pour obtenir votre accès personnalisé, vous pouvez remplir le [formulaire en ligne](#) ou communiquer avec l'équipe VIGILIS, gestionnaire du régime, par téléphone, durant les heures normales de bureau.

L'assureur accepte de vous assurer, si le formulaire d'inscription, accompagné de votre formulaire d'inscription à l'assurance soins de santé, est reçu **au plus tard 31 jours après la date d'annulation de votre régime d'assurance collective antérieur. L'original n'est pas requis.** Il vous sera également possible de souscrire à l'assurance soins dentaires une fois l'an, soit à l'anniversaire de la police.

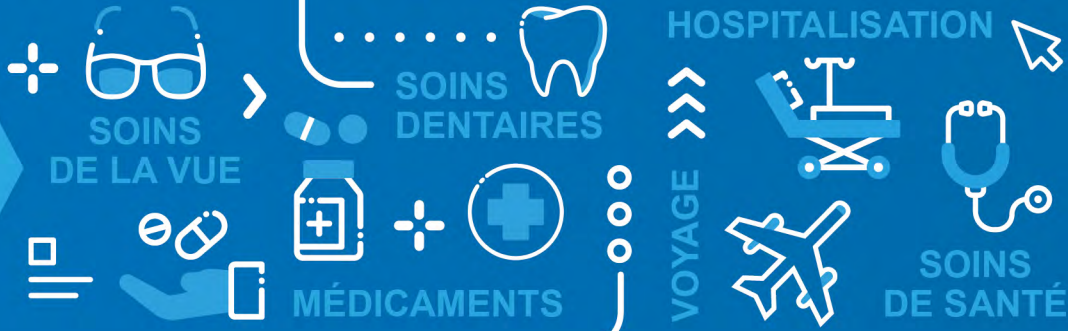
Le régime d'assurance soins dentaires est pris en charge par Beneva.

beneva

Pour de plus amples renseignements, ou pour toute question sur le portail VIGILIS | Secure, n'hésitez pas à communiquer avec l'équipe VIGILIS.

Par courriel : cpa@vigilis.ca

Par téléphone : du lundi au vendredi entre 9h et 17h, sans frais : 1 888 682-7772



SOMMAIRE DES GARANTIES SOUS LES RÉGIMES SOINS DENTAIRES À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2026

	RÉGIME DE BASE	RÉGIME COMPLET *
Maximum remboursable global par assuré, par année civile	1 000 \$	1 500 \$
Guide des tarifs de la province où les frais sont engagés, selon la spécialité**	Année courante	Année courante
Remboursement - Soins préventifs - examens diagnostiques, radiographies, maximum 2 examens de rappel par année civile	80 %	80 %
Remboursement - Soins de base - soins de restauration de base, entretien de prothèses amovibles, chirurgies buccales, anesthésies, extractions	80 %	80 %
Remboursement - Soins endodontiques et parodontaux - Traitements de canal et traitements de la gencive	50 %	50 %
Remboursement - Restaurations majeures - Couronnes, implants pour supporter des prothèses dentaires, incrustations de surfaces, ponts ou prothèses amovibles (pour remplacer une ou plusieurs dents naturelles extraites en cours de la garantie)	s.o.	50 %
Remboursement - Soins orthodontiques, par enfant à charge de 6 à 18 ans au début du traitement, maximum viager	s.o.	50 %, maximum de 1 500 \$

PRIMES MENSUELLES au 1^{er} janvier 2026 (avant la taxe de 9 %)

INDIVIDUELLE	58,34 \$	109,05 \$
COUPLE	116,68 \$	218,10 \$
MONOPARENTALE	84,46 \$	149,93 \$
FAMILIALE	142,80 \$	258,98 \$

*

Vous pouvez souscrire le régime de base avec n'importe quel niveau de protection en assurance soins de santé. Toutefois, le régime complet en assurance soins dentaires ne peut être souscrit qu'en complément aux régimes d'assurance soins de santé intermédiaire et complet.

**

L'association provinciale des chirurgiens dentistes émet un guide annuel des tarifs pour ses membres. Le remboursement est limité aux montants indiqués dans la cédule courante de la province où les frais ont été engagés, selon la spécialité.

FORMULAIRE D'ADHÉSION

SOINS DENTAIRES

Les candidats à l'exercice de la profession ne sont pas admissibles.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Prénom :

Nom :

N° de membre CPA (6 chiffres et commence par un 4) :

Nouveau membre depuis le :

COCHEZ LE RÉGIME CHOISI EN ASSURANCE SOINS DENTAIRES - SVP PARAPHEZ PLUS BAS

Notez que les primes sont sujettes à changement au 1^{er} janvier de chaque année.

Base

Je comprends que le régime doit être maintenu pour une durée minimale de deux ans, sauf si j'ai accès à un autre régime collectif.

Je comprends également que j'aurai la possibilité d'adhérer au régime complet une fois l'an, soit à l'anniversaire de la police, pour autant que je sois assuré sous le régime intermédiaire ou complet d'assurance soins de santé.

VOS INITIALES ICI : _____

Complet

Je comprends qu'aucune réduction de protection, ou annulation, ne sera permise pour une durée minimale de deux ans, sauf si j'ai accès à un autre régime collectif.

VOS INITIALES ICI : _____

MODE DE PAIEMENT (même mode de paiement que celui choisi pour les soins de santé)

AUTORISATION ET SIGNATURE

J'autorise, par la présente, l'assureur désigné par l'Ordre et VIGILIS Solutions Collectives à faire la demande et à échanger des renseignements de nature personnelle, y compris des renseignements d'ordre médical, me concernant ou concernant mon conjoint ou mes enfants, auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de soins de santé ou de services sociaux, d'organismes publics (dans les limites prévues par la loi) et j'autorise ces personnes à fournir lesdits renseignements à l'assureur désigné par l'Ordre et VIGILIS Solutions Collectives dans le cadre des démarches entourant toute réclamation qui pourrait être formulée en mon nom en vertu du présent contrat. J'autorise également l'assureur désigné par l'Ordre et VIGILIS Solutions Collectives à communiquer des renseignements relatifs à ma protection d'assurance à toute autre compagnie d'assurance ou gestionnaire que l'Ordre aurait désigné à cet effet.

Je comprends que, pour pouvoir participer à ce régime, je dois être un membre en règle de l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec.

Signature du membre _____ Date _____

Pour des raisons de confidentialité, votre adhésion devrait nous être transmise par le biais du portail [VIGILIS | Secure](#).
Vous n'êtes pas encore client.e VIGILIS? Communiquez avec nous durant les heures de bureau pour obtenir votre accès sécurisé ou remplissez notre [formulaire en ligne](#).