



Prix
compétitifs



Couverture
à valeur ajoutée

Service
personnalisé



RÉSUMÉ DU PROGRAMME

Août 2018 - Police n° 32390

Programme administré par

 **i** | **médicassurance**

CONTRIBUEZ À MAINTENIR VOTRE STABILITÉ FINANCIÈRE

grâce au programme d'assurance du PMI-Montréal

Pourquoi avez-vous besoin d'assurance ?

Project Management Institut (PMI-Montréal) reconnaît l'importance d'assurer la sécurité financière des êtres qui vous sont chers pour votre tranquillité d'esprit. Un programme d'assurance complet constitue une base solide en matière de protection sur laquelle vous appuyer pour préserver votre style de vie et celui de votre famille à la suite d'un accident ou pendant un congé de maladie. C'est pourquoi PMI-Montréal s'est allié à MédicAssurance inc. pour vous offrir un programme d'assurance de qualité qui combine la souplesse d'une couverture individuelle et les avantages financiers que procure une assurance collective. À titre de membre du PMI-Montréal, vous pouvez profiter des garanties suivantes, offertes à un prix abordable.

Assurance vie

Élément-clé d'une solide planification financière

Que vous soyez au début de votre carrière, établi, marié ou prêt à planifier votre retraite, protégez la stabilité financière de votre famille et de ceux qui vous sont chers, lors de votre décès, grâce à l'assurance vie.

Assurance décès ou mutilation par accident (DMA)

Une protection additionnelle

L'assurance décès ou mutilation par accident contribue à vous assurer une protection additionnelle lors d'un décès ou de blessure grave à la suite d'un accident.

Assurance frais médicaux, assurance médicaments et assurance soins dentaires

Des solutions complètes et économiques pour répondre à tous vos besoins en matière de soins de santé

L'assurance frais médicaux, l'assurance médicaments et l'assurance soins dentaires prévues au programme couvrent un éventail de frais essentiels sur le plan médical et qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance maladie de votre province. Elles sont nécessaires pour régler les frais engagés pour vous procurer des médicaments sur ordonnance, pour bénéficier d'une assistance médicale en cas d'urgence lorsque vous voyagez à l'extérieur de votre province ou pour recevoir des soins dentaires.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Programme exclusif

Le programme d'assurance du PMI-Montréal est offert exclusivement aux membres. Vous êtes éligible si :

- vous êtes membre en règle du PMI-Montréal ;
- vous travaillez 20 heures est plus par semaine en tant que gestionnaire de projet ;
- vous avez moins de 65 ans ;
- vous résidez au Canada.

La couverture entre en vigueur le 1^{er} jour du mois suivant la réception de votre demande d'adhésion dûment remplie.

Couverture pour personnes à charge

Si vous choisissez la couverture couple, monoparentale ou familiale, votre conjoint et vos enfants seront automatiquement couverts par l'assurance vie des personnes à charge, l'assurance décès ou mutilation par accident, l'assurance médicaments. Si vous choisissez la couverture frais médicaux et dentaires (options 2, 3, 5 ou 6), les personnes à charge seront aussi automatiquement couvertes par ces garanties.

Par conjoint on entend votre conjoint en vertu d'un mariage ou de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou la personne de sexe opposé ou de même sexe avec laquelle vous cohabitez depuis au moins douze mois et qui est publiquement présentée comme étant votre conjoint. Aucune période minimale de cohabitation n'est exigée si un enfant est né de votre union.

Par enfant à charge on entend votre enfant ou l'enfant de votre conjoint, à l'exclusion d'un enfant pris en foyer nourricier, qui n'est ni marié ni lié par un autre type d'union formelle reconnue par la loi et qui est âgé de moins de 21 ans (ou de moins de 26 ans, s'il s'agit d'un étudiant à temps plein dont vous assurez entièrement le soutien). Aucune limite d'âge ne s'applique si l'enfant ne peut subvenir à ses besoins en raison d'une incapacité physique ou mentale. Toutefois, cette incapacité doit être survenue avant l'âge de 18 ans et alors que l'enfant répondait à la définition d'enfant à charge.

Cessation de couverture

La couverture prendra fin à la moins tardive des dates ci-dessous :

- à la date de terminaison de la police
- à la date où vous cessez d'être membre en règle
- à la date où il y a défaut quant de paiement des primes
- à la date de réception d'un avis écrit de votre part ou à la date indiquée dans cet avis si celle-ci est ultérieure
- à la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans

Gestion et administration du programme

MédicAssurance inc. assure la gestion du programme d'assurance du PMI-Montréal et se tient à votre disposition pour répondre à vos questions concernant l'assurance et pour vous fournir les formulaires nécessaires. L'assureur de ce programme est l'Assomption Vie.

Le présent document vous donne un aperçu des principales caractéristiques du programme d'assurance, mais il n'en présente pas toutes les particularités. Le contrat collectif établi par l'Assomption Vie à l'intention du PMI-Montréal expose dans leur intégralité les dispositions, conditions, exclusions et restrictions qui régissent ce programme d'assurance.

GARANTIES ET CARACTÉRISTIQUES

Assurance vie et décès ou mutilation par accident (DMA)

Montant de la couverture

30 000 \$

Couverture du conjoint

5 000 \$

Couverture des enfants à charge (dès l'âge de 24 heures)

2 500 \$

Exonération du paiement des primes en cas d'invalidité

Si avant votre 65^e anniversaire vous êtes atteint totalement invalide, selon la définition dans ce contrat et que votre demande d'exonération des primes est acceptée et approuvée en vertu du contrat d'assurance, MédicAssurance renonce aux primes exigibles en vertu de la police jusqu'au décès, au rétablissement, au 65^e anniversaire de l'intéressé ou jusqu'à la date de résiliation de la police, selon ce qui se produit en premier.

Assurance médicaments

Assurance vie incluse

Les médicaments couverts sont ceux figurant sur la liste de la RAMQ. Les médicaments sont remboursés au prix le plus bas (**loi 28**) et les génériques sont obligatoires. Toute demande de règlement pour un médicament ou patient d'exception doit être acheminée à MédicAssurance pour autorisation au préalable par l'assureur.

Franchise et pourcentage de remboursement

Option de base	
Franchise	Équivalent à la contribution annuelle maximale établie par la RAMQ* *Ajustée le 1 ^{er} juillet de chaque année
Pourcentage de remboursement	100 % du prix le plus bas
Mode de paiement	Carte de paiement direct

Option 1	
Franchise	100 \$ par année civile – individuelle 200 \$ par année civile – couple, monoparentale, familiale
Pourcentage de remboursement	75 % du prix le plus bas
Mode de paiement	Carte de paiement direct

Option 4	
Franchise	750\$ par année civile – individuelle, couple, monoparentale ou familiale
Pourcentage de remboursement	100% du prix le plus bas
Mode de paiement	Carte de paiement direct

Assurance frais médicaux

Assurance médicaments incluse

Assurance vie incluse

Franchise et pourcentage de remboursement

Les frais admissibles sont remboursés conformément aux pourcentages suivants :

Options 2 et 3	
Franchise	100\$ par année civile - individuelle 200\$ par année civile - couple, monoparentale ou familiale Applicable aux médicaments
Pourcentage de remboursement	75% du prix le plus bas lors de médicaments 100% des frais hospitaliers et des frais engagés à l'extérieur de la province 80% pour tous les autres frais
Services paramédicaux	Maximum remboursable de 300\$ par spécialiste, par année civile
Mode de paiement	Carte de paiement direct

Options 5 et 6	
Franchise	750\$ par année civile – individuelle, couple, monoparentale ou familiale Applicable aux médicaments
Pourcentage de remboursement	100% du prix le plus bas lors de médicaments 100% des frais hospitaliers et des frais engagés à l'extérieur de la province 80% pour tous les autres frais
Services paramédicaux	Maximum remboursable de 300\$ par spécialiste, par année civile
Mode de paiement	Carte de paiement direct

Voici un aperçu des frais admissibles au titre de la couverture. ces frais sont sujet à la franchise et à la coassurance.

Frais	Maximum
Accident aux dents naturelles	Illimité
Ambulance	Illimité (aérien : 2 000 \$)
Appareils auditifs	300 \$
Bas de soutien	80 \$
Cure de désintoxication	80 \$ par jour - maximum 2 500 \$ à vie
Examen de la vue	50 \$ par période de 24 mois
Frais de location divers	Illimité
Glucomètre	300 \$ par période de 36 mois
Hospitalisation (semi-privée)	Illimité
Maison de convalescence semi-privée	50 \$ par jour – maximum 180 jours à vie
Prothèse capillaire	150 \$ à vie
Prothèse mammaire, incluant soutiens-gorges chirurgicaux	200 \$ par période de 24 mois
Radio et analyses de laboratoire	500 \$
Services paramédicaux	Maximum remboursable de 300 \$ par année civile, par spécialité: acupuncteur, audiologiste, chiropraticien, radiographie non couverte par un chiropraticien, diététiste, ergothérapeute, kinésithérapeute, massothérapeute*, naturopathe, orthophoniste, orthothérapeute, ostéopathe, physiothérapeute, podiatre, psychologue *Le soin de massothérapie doit être prescrit par un médecin
Soins à domicile	500 \$
Soins infirmiers	5 000 \$
Souliers orthopédiques et orthèses	200 \$
Stérilet	60 \$ par période de 24 mois
Traitement des varices	25 \$ par traitement

À moins d'indications contraires, les montants remboursables sont par année civile et par assuré.

Assurance voyage

Assurance médico-hospitalière, assurance annulation et interruption de voyage et assurance bagages

Si vous ou un membre de votre famille devez recevoir des soins médicaux d'urgence lorsque vous êtes à l'extérieur de la province de votre domicile, vous pouvez bénéficier de services d'assurance médicale et d'autres services de soutien à la famille conformément à l'assurance médico-hospitalière. Cette couverture rembourse les frais d'hospitalisation pour une chambre à deux lits et certains frais qui surviennent dans les cas d'urgence lorsque la personne assurée est à l'extérieur de sa province de résidence pour un séjour dont la durée prévue n'excède pas 180 jours consécutifs.

L'assurance médico-hospitalière ne couvre pas les pertes ou les frais liés en tout ou en partie, directement ou indirectement à toute maladie, blessure ou affection médicale (autre qu'une affection mineure) qui n'était pas stable au cours des 90 jours précédant la date de départ.

La prestation annuelle maximale payable pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province est de 2 000 000 \$ viager, par assuré. Dans le cas d'une annulation et d'une interruption de voyage, la prestation est de 5 000 \$ par voyage, par assuré.

Assurance soins dentaires

L'assuré doit adhérer pour un minimum de deux ans. Si la couverture est annulée, l'assuré devra attendre une période de deux ans avant de pouvoir la réintégrer.

Franchise

Les frais admissibles engagés à l'égard de soins dentaires ne sont pas assujettis à une franchise.

Pourcentage de remboursement

Les frais admissibles sont remboursés dans une proportion de 80%. Les prestations payables sont basées sur les honoraires proposés par l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec.

Les frais couverts sont remboursés jusqu'à concurrence d'un maximum annuel de 500 \$ par personne au cours de la première année, de 1 000 \$ par personne au cours de la deuxième année et de 1 500 \$ par personne pour les années subséquentes.

Frais admissibles

Voici un aperçu des frais remboursables au titre de la couverture. Ces frais sont sujets à la coassurance.

Soins de base Diagnostic, prévention, restauration mineure, extraction, médicament	<ul style="list-style-type: none">• Examen buccal ou de rappel : une fois à intervalle de 6 mois• Radiographies : une fois à intervalle de 6 mois• Détartrage : une fois à intervalle de 6 mois• Extractions• Rebasage et garnissage de prothèses amovibles : une fois à intervalle 6 mois• Obturations• Antibiotiques en relation avec un acte buccodentaire
Endodontie, périodontie, chirurgie, anesthésie générale	<ul style="list-style-type: none">• Traitement de canal• Immobilisation de dents ébranlées lors de traumatisme• Traitement des gencives et des tissus de soutien• Curetage gingival ; aplanissement des racines• Chirurgie buccale ; fractures et luxations ; soins postopératoires• Anesthésie générale lors d'une chirurgie buccale



2197, rue Sherbrooke Est, bureau 200, Montréal (Québec) H2K 1C8

CP 47115 CSP Sheppard, Québec (Québec) G1S 4X1

Montréal : 514 871-1181 | Québec : 418 681-7785 | Sans frais : 1 877 371-1181

Télécopieur | Montréal : 514 871-4943 | Sans frais : 1 877 871-4943

info@medicassurance.ca | www.medicassurance.ca

medicassurance.ca

PROPOSITION D'ASSURANCE

PMI-Montréal

Police 32390 - Période du 1^{er} août 2018 au 31 juillet 2019



2197, rue Sherbrooke Est, bureau 200, Montréal (Québec) H2K 1C8
CP 47115 CSP Sheppard, Québec (Québec) G1S 4X1

Montréal : 514 871-1181 | Québec : 418 681-7785 | Sans frais : 1 877 371-1181
Télécopieur | Montréal : 514 871-4943 | Sans frais : 1 877 871-4943
info@medicassurance.ca | www.medicassurance.ca

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
Nom	Homme	Femme	Date de naissance (jour / mois / année)
Prénom	Anglais	Français	Lieu de naissance (province et pays)
Adresse courriel		Fumeur Non-fumeur Par non-fumeur, il faut entendre que vous n'avez pas utilisé de produits du tabac ni auxiliaires anti-tabagiques au cours des 12 derniers mois.	
Adresse	Résidence	Bureau	Ville
Province			Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (bureau)		Téléphone (mobile)

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À VOTRE CONJOINT(E)			
Remplir cette section seulement si une couverture couple ou familiale est demandée			
Nom (Nom, Prénom)	Homme	Femme	Date de naissance (jour / mois / année)
Conjoint de fait : Oui Non Profession : _____		Fumeur Non-fumeur Par non-fumeur, il faut entendre que vous n'avez pas utilisé de produits du tabac ni auxiliaires anti-tabagiques au cours des 12 derniers mois.	
Date de cohabitation (jour / mois / année) : _____			

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À VOS ENFANTS À CHARGE				
Remplir cette section seulement si une couverture monoparentale ou familiale est demandée				
Nom de la personne (Nom, Prénom)	Date de naissance (jour / mois / année)	Sexe		Étudiant
		Féminin	Masculin	Oui Non
		Féminin	Masculin	Oui Non
		Féminin	Masculin	Oui Non
		Féminin	Masculin	Oui Non

ASSURANCE VIE ET DMA			
Section à remplir obligatoirement			
Couverture offerte : 30 000 \$	Bénéficiaire*	Révocable	Irrévocable
Nom du bénéficiaire (en toutes lettres)	Lien avec la personne à assurer		

*Vous devez cocher « Révocable » ou « Irrévocable » pour que cette proposition soit considérée comme dûment remplie. Dans les cas assujettis aux lois du Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable. Si vous voulez qu'elle soit révocable, veuillez cocher la case appropriée. Dans les cas où la désignation est révocable, le proposant peut changer le bénéficiaire, en tout temps, sans le consentement de ce dernier. Dans les cas où la désignation est irrévocable, le proposant ne peut modifier la désignation ou la couverture qu'avec le consentement écrit du bénéficiaire.

ASSURANCE VIE ET DMA DES PERSONNES À CHARGE	
Inclus avec chaque option	
Conjoint 5 000 \$	Enfants (dès 24 heures) 2 500 \$ L'adhérent est automatiquement le bénéficiaire de l'assurance vie et DMA du conjoint et des enfants à charge.

DÉCLARATION ET AUTORISATION

Je déclare que les réponses et déclarations faites dans la présente proposition sont, à ma connaissance, complètes et véridiques. Je reconnais que l'assurance demandée est régie par les modalités de la police d'assurance collective pour les médicaments. Je comprends que toute omission volontaire ou fausse déclaration peut annuler mon assurance. Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, prolongation ou remise en vigueur. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent (Les signatures électroniques ne sont pas acceptées)

Date de la signature (jour / mois / année)

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, MédicAssurance inc. constituera un dossier d'assurance dans lequel seront versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute réclamation d'assurance.

Seuls les employés ou mandataires responsables de la souscription, des enquêtes et des réclamations ainsi que toute autre personne que vous aurez autorisée, auront accès à ce dossier. Votre dossier sera détenu dans nos bureaux. Vous aurez droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'une des adresses suivantes :- 2197, rue Sherbrooke Est, bureau 200, Montréal (Québec) H2K 1C8 - CP 47115 CSP Sheppard, Québec (Québec) G1S 4X1

IMPORTANT : Votre assurance entrera en vigueur le 1^{er} du mois suivant la réception de votre proposition d'assurance dûment remplie, à moins que vous nous le spécifiez ci-dessous. Une assurance ne peut être mise en vigueur à un autre moment que le 1^{er} du mois.

Je désire que mon assurance entre en vigueur le 1^{er} du mois de _____.

FORMULAIRE MÉDICAL

PMI-Montréal
Police 32390



2197, rue Sherbrooke Est, bureau 200, Montréal (Québec) H2K 1C8
 CP 47115 CSP Sheppard, Québec (Québec) G1S 4X1
 Montréal : 514 871-1181 | Québec : 418 681-7785 | Sans frais : 1 877 371-1181
 Télécopieur | Montréal : 514 871-4943 | Sans frais : 1 877 871-4943
 info@medicassurance.ca | www.medicassurance.ca

Remplir ce document seulement si une option bonifiée est choisie (1, 2, 3, 4, 5 et 6)

NOM DE L'ADHÉRENT

Nom	Prénom
-----	--------

1 Au cours des six (6) derniers mois, vous ou vos personnes à charge avez reçu un diagnostic ou traitement et/ou prescrit des médicaments pour l'un des états de santé suivants :	OUI	NON
a) Trouble cérébrovasculaire ou neurologique		
b) Trouble du cœur, circulatoire, vasculaire, incluant un anévrisme		
c) Trouble affectif, psychologique ou nerveux		
d) Trouble immunologique, incluant une infection de VIH ou le Sida		
e) Trouble respiratoire ou pulmonaire (excluant le cancer)		
f) Trouble de l'estomac, aux intestins, aux reins, à la vessie, au pancréas ou au foie, y compris l'hépatite B et C		
g) Arthrite rhumatoïde, arthrite ankylosante ou toute autre arthrite		
h) Cancer		
i) Diabète		
j) Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé pour des troubles physique ou mental non-mentionné?		

Pour toute question répondu dans l'affirmative, précisez le numéro de la question, le nom de la personne et veuillez fournir des précisions quant à l'affection, les symptômes, la durée, les traitements, la date du début de l'affection et la date de rétablissement.

2 Est-ce que vous ou vos personnes à charge prenez en ce moment ou avez-vous en votre possession une prescription pour un ou plusieurs médicaments autres que ceux mentionnés ci-dessus, le cas échéant? Dans l'affirmative, précisez le nom de la personne et le ou les médicaments consommés.	OUI	NON
---	-----	-----

DÉCLARATION ET AUTORISATION

Je déclare que les réponses et déclarations faites dans la présente proposition sont, à ma connaissance, complètes et véridiques. Je reconnais que l'assurance demandée est régie par les modalités de la police d'assurance collective pour les médicaments. Je comprends que toute omission volontaire ou fausse déclaration peut annuler mon assurance. Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, prolongation ou remise en vigueur. De plus, j'autorise tout médecin, hôpital, compagnie d'assurance, autre professionnel de la santé, MédicAssurance et Assomption Vie à échanger de l'information concernant cette demande aux fins du traitement de la demande et de l'administration de mon régime d'assurance maladie. J'assume la responsabilité pour tous frais engagés pour remplir ce formulaire. Une copie de cette autorisation sera aussi valide que l'original.

Signature de l'adhérent <small>(Les signatures électroniques ne sont pas acceptées)</small>	Date de la signature (jour / mois / année)
--	--

Carte directe

Prime mensuelle excluant la taxe de 9 %

OPTION DE BASE

Médicaments génériques obligatoire - Franchise équivalente à la contribution annuelle maximale établie par la RAMQ*
*Ajustée le 1^{er} juillet de chaque année

ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
	92,00 \$	183,00 \$	137,00 \$	229,00 \$

OPTION 1

Assurance vie - 30 000 \$, DMA, médicaments génériques obligatoire avec franchise 100 \$ / 200 \$ - remboursement : 75 %

ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
18- 34 ans	77,10 \$	146,95 \$	96,28 \$	180,73 \$
35 - 39 ans	77,10 \$	146,95 \$	96,28 \$	180,73 \$
40 - 44 ans	102,71 \$	182,73 \$	128,27 \$	191,72 \$
45 - 49 ans	117,48 \$	227,70 \$	146,75 \$	254,69 \$
50 - 54 ans	135,46 \$	263,68 \$	169,24 \$	326,64 \$
55 - 59 ans	145,38 \$	283,51 \$	181,63 \$	351,42 \$
60 - 64 ans	189,43 \$	371,61 \$	236,70 \$	461,56 \$

OPTION 2

Assurance vie - 30 000 \$, DMA, médicaments génériques obligatoire avec franchise 100 \$ / 200 \$ - remboursement : 75 %,
frais médicaux - remboursement : 80 %, assurance voyage et annulation voyage

ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
18- 34 ans	95,80 \$	184,54 \$	120,31 \$	205,97 \$
35 - 39 ans	100,08 \$	193,11 \$	125,65 \$	215,60 \$
40 - 44 ans	121,68 \$	236,29 \$	152,64 \$	264,17 \$
45 - 49 ans	178,89 \$	350,70 \$	224,14 \$	392,89 \$
50 - 54 ans	194,53 \$	382,00 \$	243,71 \$	428,11 \$
55 - 59 ans	280,31 \$	553,56 \$	350,93 \$	621,10 \$
60 - 64 ans	358,51 \$	709,96 \$	448,69 \$	797,06 \$

OPTION 3

**Assurance vie - 30 000 \$, DMA, médicaments génériques obligatoire avec franchise 100 \$ / 200 \$ - remboursement : 75 %,
frais médicaux - remboursement : 80 %, assurance voyage et annulation voyage, dentaire - remboursement : 80 %**

ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
18 - 34 ans	159,53 \$	311,56 \$	215,59 \$	357,69 \$
35 - 39 ans	163,82 \$	320,13 \$	220,94 \$	367,32 \$
40 - 44 ans	185,41 \$	363,31 \$	247,93 \$	415,90 \$
45 - 49 ans	242,62 \$	477,71 \$	319,43 \$	544,61 \$
50 - 54 ans	258,27 \$	509,02 \$	339,00 \$	579,83 \$
55 - 59 ans	344,04 \$	680,58 \$	446,21 \$	772,82 \$
60 - 64 ans	422,25 \$	836,98 \$	543,98 \$	948,78 \$

OPTION 4

Assurance vie - 30 000 \$, DMA, médicaments génériques obligatoire avec franchise 750 \$ / 750 \$ - remboursement : 100 %

ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
18 - 34 ans	42,70 \$	78,14 \$	53,28 \$	94,72 \$
35 - 39 ans	42,70 \$	78,14 \$	53,28 \$	94,72 \$
40 - 44 ans	55,27 \$	103,31 \$	69,00 \$	126,18 \$
45 - 49 ans	55,27 \$	103,31 \$	69,00 \$	126,18 \$
50 - 54 ans	55,27 \$	103,31 \$	69,00 \$	126,18 \$
55 - 59 ans	76,24 \$	145,22 \$	95,20 \$	178,57 \$
60 - 64 ans	109,70 \$	212,14 \$	137,03 \$	262,23 \$

OPTION 5

Assurance vie – 30 000 \$, DMA, médicaments génériques obligatoire avec franchise 750 \$ / 750 \$ - remboursement : 100 %,
frais médicaux - remboursement : 80 %, assurance voyage et annulation voyage

ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
18 - 34 ans	67,61 \$	128,18 \$	85,07 \$	142,55 \$
35 - 39 ans	85,01 \$	162,95 \$	106,81 \$	181,67 \$
40 - 44 ans	99,38 \$	191,72 \$	124,78 \$	214,03 \$
45 - 49 ans	123,38 \$	239,68 \$	154,76 \$	267,99 \$
50 - 54 ans	154,00 \$	300,92 \$	193,04 \$	319,04 \$
55 - 59 ans	191,45 \$	375,85 \$	239,86 \$	421,19 \$
60 - 64 ans	243,93 \$	480,79 \$	305,45 \$	539,25 \$

OPTION 6

Assurance vie – 30 000 \$, DMA, médicaments génériques obligatoire avec franchise 750 \$ / 750 \$ - remboursement : 100 %,
frais médicaux - remboursement : 80 %, assurance voyage et annulation voyage, dentaire - remboursement : 80 %

ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
18 - 34 ans	131,35 \$	255,20 \$	180,35 \$	294,28 \$
35 - 39 ans	148,74 \$	289,97 \$	202,09 \$	333,39 \$
40 - 44 ans	163,12 \$	318,73 \$	220,06 \$	365,76 \$
45 - 49 ans	187,11 \$	366,70 \$	250,05 \$	419,72 \$
50 - 54 ans	217,73 \$	427,93 \$	288,32 \$	470,76 \$
55 - 59 ans	255,19 \$	502,86 \$	335,15 \$	572,91 \$
60 - 64 ans	307,67 \$	607,81 \$	400,74 \$	690,97 \$

AUTORISATION DE PAIEMENT

PMI-Montréal

Police 32390 - Période du 1^{er} août 2018 au 31 juillet 2019



2197, rue Sherbrooke Est, bureau 200, Montréal (Québec) H2K 1C8
CP 47115 CSP Sheppard, Québec (Québec) G1S 4X1

Montréal : 514 871-1181 | Québec : 418 681-7785 | Sans frais : 1 877 371-1181
Télécopieur | Montréal : 514 871-4943 | Sans frais : 1 877 871-4943
info@medicassurance.ca | www.medicassurance.ca

MODE DE PAIEMENT DES PRIMES

Je désire me prévaloir du mode de paiement suivant :

Prélèvements bancaires préautorisés : frais administratifs de 2 \$ par transaction, à l'exception du paiement annuel.

Veillez remplir la section « Autorisation de prélèvements bancaires ». Annuel Semestriel Trimestriel Bimestriel Mensuel

Carte de crédit : frais administratifs de 2 % de la prime.

Veillez remplir la section « Autorisation de paiement par carte de crédit ». Annuel Semestriel Trimestriel Bimestriel Mensuel

Chèque annuel : Veuillez calculer vos primes au prorata (montant de la prime mensuelle X nombre de mois couvert) en fonction de la date du renouvellement annuel de la police. La période couverte est indiquée ci-dessus. Le chèque doit être émis à l'ordre de MédicAssurance inc.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENTS BANCAIRES - DPA

J'autorise, par la présente, MédicAssurance inc. à prélever de mon compte, dont les coordonnées figurent sur le spécimen de chèque ci-joint, la somme de _____ \$ le 1^{er} jour de chaque mois et à rectifier le montant à débiter de mon compte advenant un changement de primes qui me sera signifié par un préavis 30 jours avant la date de la mise en vigueur de la modification.

SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE : _____

(Les signatures électroniques ne sont pas acceptées)

1^{er} signataire

2^e signataire (s'il y a lieu)

DATE (jour / mois / année) : _____

TYPE DE SERVICE : Personnel Entreprise

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, en faisant parvenir un préavis de 30 jours à MédicAssurance inc.. Pour obtenir un formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA (débits préautorisés), je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

J'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas conforme au présent Accord de DPA. Pour plus d'informations sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE AVEC LA MENTION « ANNULÉ »

Photocopie acceptée

AUTORISATION DE PAIEMENTS PAR CARTE DE CRÉDIT

J'autorise, par la présente, MédicAssurance inc. (administrateur du régime), à prélever de ma carte de crédit le montant exigible en vertu du certificat d'assurance et à rectifier le montant à prélever de ma carte de crédit advenant un changement de primes qui me sera signifié par écrit 30 jours avant la date de la mise en vigueur de la modification. Je peux révoquer mon autorisation à tout moment en faisant parvenir un préavis de 30 jours à MédicAssurance inc.

Visa MasterCard American Express

NUMÉRO DE LA CARTE : _____ DATE D'EXPIRATION (jour / mois / année) : _____

NOM DU DÉTENTEUR DE LA CARTE (tel qu'indiqué sur la carte) : _____

SIGNATURE : _____ DATE (jour / mois / année) : _____

(Les signatures électroniques ne sont pas acceptées)

CONSÉQUENCES D'UN DÉFAUT DE PAIEMENT

Vous êtes responsable des conséquences d'un défaut de paiement prévu au contrat d'assurance, c'est-à-dire lorsqu'un paiement n'a pas pu être effectué, quelle que soit la raison. Chez MédicAssurance inc., nous croyons qu'une erreur peut se produire et c'est pourquoi nous ne facturons aucuns frais additionnels la première fois que cette situation se produit. Cependant, à la deuxième occasion, des frais de 45 \$ seront prélevés, chaque fois qu'un paiement préautorisé ne sera pas honoré par votre institution financière. MédicAssurance inc. effectuera alors le prélèvement impayé en même temps que le paiement préautorisé du mois suivant. Également, MédicAssurance inc. pourrait mettre fin au mode de paiement préautorisé et la prime annuelle serait alors exigée dans sa totalité pour tout contrat d'assurance visé par ce paiement préautorisé. Un arrêt de paiement préautorisé de votre part sans disposition ni entente au préalable avec MédicAssurance inc. pour le paiement de votre prime mensuelle pourrait entraîner l'annulation de tout contrat d'assurance visé par le paiement préautorisé.

DOCUMENT À REMPLIR ET À RETOURNER, ACCOMPAGNÉ
DU FORMULAIRE DE PROPOSITION D'ASSURANCE