

# PROPOSITION D'ASSURANCE

Association du Jeune Barreau de Longueuil  
Police 17525 - Période du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au 31 juillet 2010

 **médicassurance**

1255, rue University, bureau 217, Montréal (Québec) H3B 3B2  
5300, boulevard des Galeries, bureau 310, Québec (Québec) G2K 2A2  
Montréal : 514.871.1181 • Québec : 418.681.7785 • Sans frais : 1.877.371.1181

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom (prénom et nom de famille) <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Date de naissance (jour/mois/année)
Nom à la naissance <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français		Lieu de naissance (province et pays)
Courriel		<input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> 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 ou bureau)		Ville
Province	Code postal	Barreau de section
Téléphone (domicile)	Téléphone (bureau)	Télécopieur

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS À VOTRE CONJOINT(E)

(Complétez cette section seulement si une couverture couple ou familiale est demandée)

Nom (prénom et nom de famille) <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Date de naissance (jour/mois/année)
Conjoint de fait : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Profession : _____		<input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> 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

(Complétez cette section seulement si une couverture monoparentale ou familiale est demandée)

Nom de la personne (prénom, nom)	Date de naissance (jour/mois/année)	Sexe	Étudiant
		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## ASSURANCE VIE ET DMA

(Incluses avec chacune des options)

Couverture offerte : 50 000 \$ (options 1, 2 et 3)	25 000 \$ (options 4, 5 et 6)	Bénéficiaire* <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> 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 à toute époque changer le bénéficiaire 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

(Si vous choisissez une couverture couple, monoparentale ou familiale, ces garanties sont incluses)

<b>Conjoint</b> 5 000 \$	<b>Enfants (dès 24 heures)</b> 2 500 \$	L'adhérent est automatiquement le bénéficiaire de l'assurance vie et DMA du conjoint et des enfants à charge.
--------------------------	---	---

## MODE DE PAIEMENT DES PRIMES

Je désire me prévaloir du mode de paiement des primes suivant :

- Prélèvements bancaires pré-autorisés** : frais administratifs mensuels de 1 \$ ajoutés à la prime.  
Pour se prévaloir de ce mode de paiement, remplir la section : « Autorisation de prélèvements bancaires »
- Paiement par carte de crédit** : frais administratifs mensuels de 1 \$ ajoutés au paiement annuel ou par transaction.  
Pour se prévaloir de ce mode de paiement, remplir la section : « Autorisation de paiement par carte de crédit »  Annuel  Bimestriel  Trimestriel
- Paiement annuel par chèque : (période de 8 mois)**  
Veuillez calculer vos primes au prorata en fonction de la date du renouvellement annuel de la police. La période annuelle est du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au 31 juillet 2010.  
Le chèque doit être émis à l'ordre de MédicAssurance inc.

## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENTS BANCAIRES

J'autorise, par la présente, MédicAssurance inc. (administrateur du régime), à débiter chaque mois mon compte avec privilège de chèques indiqué ci-dessous de tous les montants exigibles en vertu du certificat d'assurance et à rectifier le montant à débiter de mon compte advenant un changement de primes moyennant un avis écrit de 30 jours avant la date de la prise d'effet de la modification. La présente autorisation peut être annulée à tout moment moyennant un avis écrit de 30 jours.

NOM DE LA BANQUE : \_\_\_\_\_

ADRESSE DE LA BANQUE : \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU (DES) TITULAIRES DU COMPTE : \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU (DES) TITULAIRES DU COMPTE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

**JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE** (une photocopie est acceptée)

## AUTORISATION DE PAIEMENT 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 moyennant un avis écrit de 30 jours avant la date de la prise d'effet de la modification. La présente autorisation peut être annulée à tout moment moyennant un avis écrit de 30 jours.

Visa     Master Card     Amex

NUMÉRO DE LA CARTE : \_\_\_\_\_ DATE D'EXPIRATION : \_\_\_\_\_

NOM DU DÉTENTEUR DE LA CARTE EN LETTRES MOULÉES : \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU DÉTENTEUR DE LA CARTE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION ET AUTORISATION

Je, **SOUSSIGNÉ, 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

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 :

- 1255, rue University, bureau 217, Montréal (Québec) H3B 3B2
- 5300, boulevard des Galeries, bureau 310, Québec (Québec) G2K 2A2

**IMPORTANT :**

Votre assurance entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> du mois.

Je désire que mon assurance entre en vigueur le 1<sup>er</sup> du mois de \_\_\_\_\_.

## Carte directe

Prime mensuelle incluant la taxe de 9%

### OPTION I ■

(Assurance vie - 50 000 \$, DMA, Médicaments avec franchise 150 \$ / 250 \$ - remboursement : 75%, si médicaments génériques - remboursement : 100%)

ÂGE	FEMME				HOMME			
	Individuelle <input type="checkbox"/>	Couple <input type="checkbox"/>	Mono <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>	Individuelle <input type="checkbox"/>	Couple <input type="checkbox"/>	Mono <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>
18 - 24 ans	64,18 \$	92,20 \$	73,47 \$	95,19 \$	55,34 \$	94,84 \$	76,12 \$	97,84 \$
25 - 29 ans	65,35 \$	94,53 \$	75,97 \$	98,51 \$	56,29 \$	97,18 \$	78,62 \$	101,15 \$
30 - 34 ans	66,80 \$	97,38 \$	78,95 \$	102,53 \$	57,44 \$	100,03 \$	81,60 \$	105,18 \$
35 - 39 ans	69,16 \$	102,14 \$	83,96 \$	126,65 \$	59,33 \$	104,77 \$	86,60 \$	111,80 \$
40 - 44 ans	84,94 \$	125,09 \$	103,29 \$	154,49 \$	74,31 \$	129,42 \$	107,60 \$	137,85 \$
45 - 49 ans	105,94 \$	153,59 \$	127,41 \$	188,90 \$	95,04 \$	160,66 \$	134,48 \$	170,78 \$
50 - 64 ans	161,99 \$	225,40 \$	190,06 \$	273,06 \$	162,75 \$	250,44 \$	215,10 \$	264,09 \$

### OPTION 2 ■

(Assurance vie - 50 000 \$, DMA, Médicaments - remboursement : 75 %, si médicaments génériques - remboursement : 100 %, Frais médicaux - remboursement : 80 %, franchise 150 \$ / 250 \$ applicable à l'ensemble des frais médicaux, à l'exclusion des frais hospitaliers, des frais engagés à l'extérieur de la province ou du pays et de soins dentaires, Assurance voyage et annulation voyage)

ÂGE	FEMME				HOMME			
	Individuelle □	Couple □	Mono □	Familiale □	Individuelle □	Couple □	Mono □	Familiale □
18 - 24 ans	90,25 \$	142,88 \$	107,75 \$	147,72 \$	76,20 \$	145,54 \$	121,31 \$	158,06 \$
25 - 29 ans	103,87 \$	160,71 \$	129,59 \$	170,04 \$	87,08 \$	163,36 \$	132,23 \$	172,68 \$
30 - 34 ans	105,65 \$	167,20 \$	136,61 \$	179,37 \$	88,53 \$	169,82 \$	139,28 \$	182,09 \$
35 - 39 ans	110,29 \$	178,27 \$	146,35 \$	192,67 \$	92,23 \$	180,92 \$	158,41 \$	207,58 \$
40 - 44 ans	134,28 \$	216,44 \$	178,15 \$	233,75 \$	113,75 \$	220,79 \$	193,78 \$	252,78 \$
45 - 49 ans	165,13 \$	263,24 \$	217,27 \$	283,98 \$	142,38 \$	270,28 \$	237,91 \$	308,67 \$
50 - 64 ans	241,90 \$	373,40 \$	311,36 \$	401,42 \$	226,69 \$	398,45 \$	354,70 \$	450,28 \$

### OPTION 3 ■

(Assurance vie - 50 000 \$, DMA, Médicaments - remboursement : 75 %, si médicaments génériques - remboursement : 100 %, Frais médicaux - remboursement : 80 %, franchise 150 \$ / 250 \$ applicable à l'ensemble des frais médicaux, à l'exclusion des frais hospitaliers, des frais engagés à l'extérieur de la province ou du pays, et des soins dentaires, Assurance voyage et annulation voyage, Dentaire - remboursement : 80 %)

ÂGE	FEMME				HOMME			
	Individuelle □	Couple □	Mono □	Familiale □	Individuelle □	Couple □	Mono □	Familiale □
18 - 24 ans	164,36 \$	291,11 \$	244,10 \$	329,51 \$	150,31 \$	293,77 \$	257,66 \$	339,85 \$
25 - 29 ans	177,98 \$	308,94 \$	265,94 \$	351,83 \$	161,19 \$	311,59 \$	268,58 \$	354,47 \$
30 - 34 ans	179,76 \$	315,43 \$	272,96 \$	361,16 \$	162,64 \$	318,05 \$	275,63 \$	363,88 \$
35 - 39 ans	184,40 \$	326,50 \$	282,70 \$	374,46 \$	166,34 \$	329,15 \$	294,76 \$	389,37 \$
40 - 44 ans	208,39 \$	364,67 \$	314,50 \$	415,54 \$	187,86 \$	369,02 \$	330,13 \$	434,57 \$
45 - 49 ans	239,24 \$	411,47 \$	353,62 \$	465,77 \$	216,49 \$	418,51 \$	374,26 \$	490,46 \$
50 - 64 ans	316,01 \$	521,63 \$	447,71 \$	583,21 \$	300,80 \$	546,68 \$	491,05 \$	632,07 \$

### OPTION 4 ■

(Assurance vie - 25 000 \$, DMA, Médicaments avec franchise 800 \$ / 800 \$ - remboursement : 100 %)

ÂGE	FEMME				HOMME			
	Individuelle □	Couple □	Mono □	Familiale □	Individuelle □	Couple □	Mono □	Familiale □
18 - 24 ans	28,71 \$	41,98 \$	33,73 \$	43,31 \$	24,97 \$	43,31 \$	35,06 \$	44,63 \$
25 - 29 ans	29,23 \$	43,02 \$	34,83 \$	44,79 \$	25,39 \$	44,34 \$	36,16 \$	46,12 \$
30 - 34 ans	29,86 \$	44,27 \$	36,15 \$	46,54 \$	25,88 \$	45,61 \$	37,47 \$	47,88 \$
35 - 39 ans	30,90 \$	46,37 \$	38,35 \$	57,20 \$	26,71 \$	47,70 \$	39,68 \$	50,79 \$
40 - 44 ans	38,05 \$	57,22 \$	47,57 \$	70,19 \$	33,62 \$	59,37 \$	49,74 \$	63,09 \$
45 - 49 ans	47,68 \$	70,14 \$	58,61 \$	85,73 \$	43,27 \$	73,67 \$	62,10 \$	78,12 \$
50 - 64 ans	73,82 \$	103,26 \$	87,68 \$	124,29 \$	75,62 \$	115,78 \$	100,18 \$	121,80 \$

### OPTION 5 ■

(Assurance vie – 25 000 \$, DMA, Médicaments - remboursement : 100 %, Frais médicaux - remboursement : 80 %, franchise 800 \$ / 800 \$ applicable à l'ensemble des frais médicaux, à l'exclusion des frais hospitaliers, des frais engagés à l'extérieur de la province ou du pays et des soins dentaires, Assurance voyage et annulation voyage)

ÂGE	FEMME				HOMME			
	Individuelle □	Couple □	Mono □	Familiale □	Individuelle □	Couple □	Mono □	Familiale □
18 - 24 ans	40,22 \$	64,36 \$	48,85 \$	66,49 \$	34,18 \$	65,68 \$	55,00 \$	71,23 \$
25 - 29 ans	46,19 \$	72,21 \$	58,50 \$	76,32 \$	38,96 \$	73,55 \$	59,83 \$	77,67 \$
30 - 34 ans	46,99 \$	75,09 \$	61,59 \$	80,45 \$	39,59 \$	76,42 \$	62,93 \$	81,81 \$
35 - 39 ans	49,05 \$	79,96 \$	65,88 \$	86,30 \$	41,24 \$	81,30 \$	71,36 \$	93,06 \$
40 - 44 ans	59,83 \$	97,51 \$	80,63 \$	105,13 \$	51,03 \$	99,69 \$	87,78 \$	113,83 \$
45 - 49 ans	73,81 \$	118,49 \$	98,24 \$	127,64 \$	64,18 \$	122,03 \$	107,74 \$	138,99 \$
50 - 64 ans	109,10 \$	168,54 \$	141,19 \$	180,88 \$	103,85 \$	181,08 \$	161,77 \$	203,96 \$

### OPTION 6

(Assurance vie – 25 000 \$, DMA, Médicaments - remboursement : 100 %, Frais médicaux - remboursement : 80 %, franchise 800 \$ / 800 \$ applicable à l'ensemble des frais médicaux, à l'exclusion des frais hospitaliers, des frais engagés à l'extérieur de la province ou du pays et des soins dentaires, Assurance voyage et annulation voyage, Dentaire - remboursement : 80 %)

ÂGE	FEMME				HOMME			
	Individuelle □	Couple □	Mono □	Familiale □	Individuelle □	Couple □	Mono □	Familiale □
18 - 24 ans	114,33 \$	212,59 \$	185,20 \$	248,28 \$	108,29 \$	213,91 \$	191,35 \$	253,02 \$
25 - 29 ans	120,30 \$	220,44 \$	194,85 \$	258,11 \$	113,07 \$	221,78 \$	196,18 \$	259,46 \$
30 - 34 ans	121,10 \$	223,32 \$	197,94 \$	262,24 \$	113,70 \$	224,65 \$	199,28 \$	263,60 \$
35 - 39 ans	123,16 \$	228,19 \$	202,23 \$	268,09 \$	115,35 \$	229,53 \$	207,71 \$	274,85 \$
40 - 44 ans	133,94 \$	245,74 \$	216,98 \$	286,92 \$	125,14 \$	247,92 \$	224,13 \$	295,62 \$
45 - 49 ans	147,92 \$	266,72 \$	234,59 \$	309,43 \$	138,29 \$	270,26 \$	244,09 \$	320,78 \$
50 - 64 ans	183,21 \$	316,77 \$	277,54 \$	362,67 \$	177,96 \$	329,31 \$	298,12 \$	385,75 \$

### ASSURANCE SALAIRE LONGUE DURÉE (PAR TRANCHE DE 100 \$) ■

Joindre votre déclaration d'assurabilité remplie et une copie de votre dernier rapport d'impôt pour cette option (Délai de carence de 119 jours)

ÂGE	FEMME	HOMME
18 - 24 ans	0,41 \$	0,37 \$
25 - 29 ans	0,55 \$	0,45 \$
30 - 34 ans	0,72 \$	0,59 \$
35 - 39 ans	1,20 \$	0,96 \$
40 - 64 ans	5,82 \$	4,32 \$

