

# PROPOSITION D'ASSURANCE



Association du jeune barreau de Montréal  
Police 0327 - Période du 1<sup>er</sup> août 2011 au 31 juillet 2012

1255, rue University, bureau 217, Montréal (Québec) H3B 3B2  
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 (prénom et nom de famille)	Homme	Femme	Date de naissance (jour / mois / année)
Nom à la naissance	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)	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)	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 (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	
		Féminin	Masculin	Oui	Non
		Féminin	Masculin	Oui	Non
		Féminin	Masculin	Oui	Non
		Féminin	Masculin	Oui	Non
		Féminin	Masculin	Oui	Non

ASSURANCE VIE ET DMA (Section à compléter obligatoirement)			
Couverture offerte : 25 000 \$	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 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 (Inclus avec chaque option)	
<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.

## DÉCLARATION ET AUTORISATION

Je, soussigné(e), 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 électronique 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 : - 1255, rue University, bureau 217, Montréal (Québec) H3B 3B2

**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 1

(Assurance vie - 25 000 \$, DMA, Médicaments avec franchise 150 \$ / 250 \$ - remboursement : 75 %, si médicaments génériques - remboursement : 100 %)

ÂGE	FEMME				HOMME			
	Individuelle	Couple	Mono	Familiale	Individuelle	Couple	Mono	Familiale
18-24 ans	76,74 \$	110,47 \$	88,25 \$	114,51 \$	64,87 \$	108,82 \$	88,39 \$	112,65 \$
25-29 ans	78,42 \$	113,49 \$	91,47 \$	118,73 \$	65,46 \$	110,91 \$	90,70 \$	115,83 \$
30-34 ans	80,29 \$	117,04 \$	95,16 \$	123,61 \$	66,72 \$	114,09 \$	94,00 \$	120,30 \$
35-39 ans	82,49 \$	121,65 \$	100,29 \$	150,83 \$	69,54 \$	120,05 \$	100,26 \$	128,36 \$
40-44 ans	88,50 \$	129,94 \$	107,67 \$	160,34 \$	76,49 \$	129,28 \$	108,77 \$	137,85 \$
45-49 ans	106,20 \$	153,23 \$	127,64 \$	188,14 \$	99,56 \$	162,84 \$	137,99 \$	173,09 \$
50-54 ans	126,31 \$	173,78 \$	146,80 \$	208,22 \$	122,86 \$	178,42 \$	155,90 \$	187,42 \$
55-59 ans	139,10 \$	192,54 \$	162,16 \$	231,33 \$	143,33 \$	211,50 \$	183,82 \$	222,33 \$
60-64 ans	158,68 \$	221,14 \$	185,89 \$	266,97 \$	165,86 \$	252,57 \$	217,55 \$	266,34 \$

### OPTION 2

(Assurance vie - 25 000 \$, DMA, Médicaments - remboursement : 75 %, si médicaments génériques - remboursement : 100 %, Frais médicaux - remboursement : 80 %, franchise 150 \$ / 250 \$ applicable aux médicaments et aux frais médicaux à l'exclusion des frais hospitaliers et des frais engagés à l'extérieur de la province, Assurance voyage et annulation voyage)

ÂGE	FEMME				HOMME			
	Individuelle	Couple	Mono	Familiale	Individuelle	Couple	Mono	Familiale
18-24 ans	85,34 \$	135,22 \$	102,22 \$	140,23 \$	75,36 \$	141,31 \$	118,62 \$	153,66 \$
25-29 ans	98,34 \$	152,17 \$	122,91 \$	161,40 \$	82,27 \$	152,13 \$	124,00 \$	161,12 \$
30-34 ans	100,15 \$	158,39 \$	129,63 \$	170,25 \$	83,59 \$	158,04 \$	130,43 \$	169,72 \$
35-39 ans	104,72 \$	168,96 \$	138,97 \$	182,94 \$	86,50 \$	166,68 \$	146,69 \$	191,22 \$
40-44 ans	117,61 \$	188,98 \$	155,90 \$	204,38 \$	96,19 \$	182,41 \$	161,01 \$	208,61 \$
45-49 ans	136,26 \$	216,22 \$	178,97 \$	233,49 \$	115,53 \$	213,27 \$	188,90 \$	243,03 \$
50-54 ans	156,40 \$	238,53 \$	199,12 \$	256,03 \$	142,65 \$	237,66 \$	213,20 \$	266,51 \$
55-59 ans	187,06 \$	287,00 \$	239,11 \$	308,27 \$	170,03 \$	288,07 \$	257,64 \$	323,71 \$
60-64 ans	216,12 \$	333,94 \$	277,81 \$	359,08 \$	198,39 \$	346,38 \$	308,44 \$	391,13 \$

### OPTION 3

(Assurance vie - 25 000 \$, DMA, Médicaments - remboursement : 75 %, si médicaments génériques - remboursement : 100 %, Frais médicaux - remboursement : 80 %, franchise 150 \$ / 250 \$ applicable aux médicaments et aux frais médicaux à l'exclusion des frais hospitaliers et des frais engagés à l'extérieur de la province, Assurance voyage et annulation voyage, Dentaire - remboursement : 80 %)

ÂGE	FEMME				HOMME			
	Individuelle	Couple	Mono	Familiale	Individuelle	Couple	Mono	Familiale
18-24 ans	126,80 \$	218,15 \$	178,50 \$	241,94 \$	116,83 \$	224,24 \$	194,90 \$	255,36 \$
25-29 ans	139,81 \$	235,10 \$	199,19 \$	263,11 \$	123,74 \$	235,06 \$	200,28 \$	262,83 \$
30-34 ans	141,61 \$	241,32 \$	205,92 \$	271,96 \$	125,05 \$	240,97 \$	206,72 \$	271,43 \$
35-39 ans	146,18 \$	251,89 \$	215,25 \$	284,65 \$	127,97 \$	249,61 \$	222,98 \$	292,93 \$
40-44 ans	159,08 \$	271,91 \$	232,18 \$	306,09 \$	137,66 \$	265,34 \$	237,29 \$	310,32 \$
45-49 ans	177,72 \$	299,14 \$	255,25 \$	335,20 \$	157,00 \$	296,20 \$	265,19 \$	344,74 \$
50-54 ans	197,87 \$	321,46 \$	275,40 \$	357,74 \$	184,12 \$	320,59 \$	289,48 \$	368,22 \$
55-59 ans	228,52 \$	369,92 \$	315,40 \$	409,98 \$	211,50 \$	371,00 \$	333,92 \$	425,42 \$
60-64 ans	257,59 \$	416,86 \$	354,09 \$	460,79 \$	239,86 \$	429,31 \$	384,72 \$	492,83 \$

### 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	33,73 \$	56,93 \$	46,08 \$	59,17 \$	34,30 \$	59,83 \$	49,62 \$	62,03 \$
25-29 ans	34,78 \$	58,56 \$	47,79 \$	61,37 \$	34,73 \$	60,67 \$	50,55 \$	63,47 \$
30-34 ans	36,82 \$	60,35 \$	49,68 \$	63,83 \$	35,20 \$	62,29 \$	52,23 \$	65,72 \$
35-39 ans	38,80 \$	66,14 \$	55,11 \$	81,40 \$	40,23 \$	65,70 \$	55,77 \$	70,16 \$
40-44 ans	41,98 \$	82,04 \$	68,69 \$	100,35 \$	41,65 \$	82,92 \$	70,84 \$	88,22 \$
45-49 ans	42,69 \$	103,07 \$	84,62 \$	125,52 \$	45,69 \$	105,57 \$	82,87 \$	111,90 \$
50-54 ans	44,94 \$	121,88 \$	91,37 \$	148,72 \$	47,94 \$	119,92 \$	88,93 \$	142,52 \$
55-59 ans	51,68 \$	140,93 \$	105,75 \$	176,44 \$	54,68 \$	137,59 \$	101,58 \$	174,00 \$
60-64 ans	58,42 \$	159,93 \$	120,27 \$	194,13 \$	61,42 \$	154,06 \$	112,92 \$	195,96 \$

### OPTION 5

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

ÂGE	FEMME				HOMME			
	Individuelle	Couple	Mono	Familiale	Individuelle	Couple	Mono	Familiale
18-24 ans	52,59 \$	83,79 \$	64,01 \$	86,97 \$	45,42 \$	83,79 \$	71,14 \$	91,00 \$
25-29 ans	60,43 \$	94,01 \$	76,52 \$	99,70 \$	52,11 \$	95,40 \$	78,72 \$	101,00 \$
30-34 ans	61,59 \$	97,81 \$	80,60 \$	105,09 \$	54,25 \$	101,56 \$	84,61 \$	108,94 \$
35-39 ans	67,22 \$	108,74 \$	90,00 \$	117,62 \$	57,98 \$	110,32 \$	97,68 \$	126,11 \$
40-44 ans	79,18 \$	127,92 \$	106,25 \$	138,13 \$	68,14 \$	127,77 \$	113,52 \$	145,52 \$
45-49 ans	98,56 \$	156,67 \$	130,51 \$	168,93 \$	87,95 \$	159,99 \$	142,55 \$	181,54 \$
50-54 ans	119,13 \$	179,10 \$	151,87 \$	191,99 \$	117,69 \$	190,79 \$	172,95 \$	212,91 \$
55-59 ans	148,14 \$	222,96 \$	189,55 \$	239,18 \$	143,77 \$	236,24 \$	213,97 \$	264,28 \$
60-64 ans	175,62 \$	264,38 \$	226,01 \$	284,04 \$	172,16 \$	290,53 \$	262,72 \$	326,68 \$

### OPTION 6

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

ÂGE	FEMME				HOMME			
	Individuelle	Couple	Mono	Familiale	Individuelle	Couple	Mono	Familiale
18-24 ans	94,06 \$	166,71 \$	140,29 \$	188,68 \$	86,89 \$	166,72 \$	147,43 \$	192,71 \$
25-29 ans	101,90 \$	176,94 \$	152,80 \$	201,41 \$	93,58 \$	178,33 \$	155,01 \$	202,71 \$
30-34 ans	103,06 \$	180,74 \$	156,88 \$	206,80 \$	95,72 \$	184,49 \$	160,89 \$	210,65 \$
35-39 ans	108,69 \$	191,67 \$	166,28 \$	219,32 \$	99,44 \$	193,25 \$	173,96 \$	227,82 \$
40-44 ans	120,65 \$	210,85 \$	182,53 \$	239,84 \$	109,61 \$	210,70 \$	189,80 \$	247,23 \$
45-49 ans	140,03 \$	239,60 \$	206,79 \$	270,64 \$	129,42 \$	242,92 \$	218,83 \$	283,25 \$
50-54 ans	160,60 \$	262,03 \$	228,15 \$	293,69 \$	159,16 \$	273,72 \$	249,23 \$	314,62 \$
55-59 ans	189,61 \$	305,89 \$	265,84 \$	340,89 \$	185,24 \$	319,16 \$	290,25 \$	365,99 \$
60-64 ans	217,09 \$	347,31 \$	302,30 \$	385,75 \$	213,63 \$	373,46 \$	339,01 \$	428,39 \$

### 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 \$	0,85 \$
40-44 ans	2,08 \$	1,47 \$
45-49 ans	2,47 \$	2,48 \$
50-54 ans	2,87 \$	3,85 \$
55-59 ans	3,27 \$	4,64 \$
60-64 ans	2,34 \$	3,68 \$

# AUTORISATION DE PAIEMENT



1255, rue University, bureau 217, Montréal (Québec) H3B 3B2  
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

Association du jeune barreau de Montréal  
Police 0327 - Période du 1<sup>er</sup> août 2011 au 31 juillet 2012

## MODE DE PAIEMENT DES PRIMES

Je désire me prévaloir du mode de paiement suivant :

**Prélèvements bancaires préautorisés** : 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, veuillez remplir la section « Autorisation de paiement par carte de crédit » :    Annuel    Semestriel    Trimestriel    Bimestriel    Mensuel

**Paiement annuel par chèque** : Veuillez calculer vos primes au prorata en fonction de la date du renouvellement annuel de la police.

La période couverte est du 1<sup>er</sup> août 2011 au 31 juillet 2012. Le chèque doit être émis à l'ordre de MédicAssurance inc.

## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENTS BANCAIRES

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<sup>er</sup> jour de chaque mois et à rectifier le montant à débiter de mon compte advenant un changement de primes sur signification d'un préavis de 30 jours avant la date de la prise d'effet de la modification.

SIGNATURE DU(DES) TITULAIRE(S) DU COMPTE : \_\_\_\_\_  
(les signatures électronique ne sont pas acceptées)

DATE : \_\_\_\_\_ (jour) / \_\_\_\_\_ (mois) / \_\_\_\_\_ (année)      TYPE DE SERVICE :    Personnel    Entreprise

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 30 jours. Pour obtenir un spécimen de 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](http://www.cdnpay.ca).

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou n'est pas compatible avec le 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](http://www.cdnpay.ca).

### JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE AVEC MENTION « ANNULÉ »

(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    MasterCard    American Express

NUMÉRO DE LA CARTE : \_\_\_\_\_ EXPIRATION DATE : \_\_\_\_\_ (mois) / \_\_\_\_\_ (année)

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

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_ (jour) / \_\_\_\_\_ (mois) / \_\_\_\_\_ (année)  
(les signatures électronique ne sont pas acceptées)

## CONSÉQUENCES D'UN DÉFAUT DE PAIEMENT

Vous êtes toujours tenu responsable des conséquences d'un défaut de paiement ou de toute obligation découlant des dispositions prévues au contrat d'assurance.

Vous êtes en défaut de paiement lorsqu'un paiement préautorisé n'a pas pu être effectué en raison d'une insuffisance de fonds, de la fermeture d'un compte ou pour toute autre raison semblable.

Si un débit n'est pas honoré par votre institution financière pour cause de provision insuffisante, MédicAssurance inc. effectuera un débit en même temps que le préautorisé du mois suivant et des frais administratifs de 25 \$ seront alors perçus au troisième retour par MédicAssurance inc. et pour chaque débit subséquent qu'elle n'a pas pu effectuer. MédicAssurance inc. peut aussi mettre fin au mode de paiement et la prime annuelle serait alors exigée pour tout contrat d'assurance visé par ce débit.

Un arrêt de paiement de votre part sans dispositions ou entente au préalable avec MédicAssurance inc. pour le paiement de la prime peut entraîner l'annulation de tout contrat d'assurance visé par le paiement préautorisé.

Un arrêt de paiement de votre part sans dispositions ou entente au préalable avec MédicAssurance inc. pour le paiement de la prime peut entraîner l'annulation de tout contrat d'assurance visé

DOCUMENT À COMPLÉTER ET À RETOURNER, ACCOMPAGNÉ  
DE LA PROPOSITION DUMENT COMPLÉTÉE.