

PROPOSITION D'ASSURANCE



Association des Jeunes Barreaux de Région
Police 32392 - Période du 1^{er} mai 2017 au 31 juillet 2018

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)
Mois et année d'assermentation	Barreau de section		

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

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 <small>(Les signatures électroniques ne sont pas acceptées)</small>	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

Association des Jeunes Barreaux de Région
Police 32392



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 - Contribution annuelle maximale établie par la RAMQ* *Ajustée le 1 ^{er} juillet de chaque année - remboursement : 100 %				
ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
	91,20 \$	183,60 \$	136,80 \$	229,20 \$

OPTION 1				
Médicaments génériques obligatoire avec franchise 200 \$/300 \$, remboursement : 100 % générique et 70 % origine, maladie grave 10 000 \$				
ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
18-24 ans	100,00 \$	178,14 \$	136,71 \$	214,85 \$
25-29 ans	100,00 \$	178,14 \$	143,36 \$	221,30 \$
30-34 ans	100,00 \$	178,14 \$	143,36 \$	221,30 \$
35-39 ans	105,11 \$	187,82 \$	151,15 \$	233,88 \$
40-44 ans	109,35 \$	196,45 \$	157,54 \$	244,64 \$
45-49 ans	132,65 \$	247,19 \$	193,52 \$	308,07 \$
50-54 ans	160,02 \$	304,12 \$	235,11 \$	379,21 \$
55-59 ans	167,42 \$	324,18 \$	247,51 \$	404,27 \$
60-64 ans	190,72 \$	365,88 \$	281,23 \$	456,39 \$

OPTION 2				
Médicaments génériques obligatoire remboursement : 100 % générique et 70 % origine, frais médicaux – remboursement : 80 %, franchise 200 \$/300 \$ applicable aux médicaments et aux frais médicaux, maladie grave 10 000 \$, assurance voyage et annulation voyage				
ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
18-24 ans	115,79 \$	211,43 \$	167,72 \$	263,39 \$
25-29 ans	132,74 \$	233,99 \$	187,72 \$	291,05 \$
30-34 ans	133,34 \$	233,99 \$	187,72 \$	291,05 \$
35-39 ans	138,76 \$	247,46 \$	199,82 \$	308,30 \$
40-44 ans	151,23 \$	267,48 \$	217,36 \$	333,26 \$
45-49 ans	177,37 \$	317,74 \$	256,05 \$	396,08 \$
50-54 ans	207,08 \$	383,91 \$	302,26 \$	478,79 \$
55-59 ans	237,02 \$	435,33 \$	345,10 \$	542,97 \$
60-64 ans	274,95 \$	500,69 \$	399,32 \$	624,62 \$

OPTION 3

Médicaments génériques obligatoire remboursement : 100 % générique et 70 % origine,
 frais médicaux – remboursement : 80 %, franchise 200 \$/300 \$ applicable aux médicaments et aux frais médicaux,
 maladie grave 10 000 \$, assurance voyage et annulation voyage, dentaire – remboursement : 80 %

ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
18-24 ans	155,53 \$	290,92 \$	240,85 \$	360,89 \$
25-29 ans	172,49 \$	313,47 \$	260,85 \$	388,55 \$
30-34 ans	173,09 \$	313,47 \$	260,85 \$	388,55 \$
35-39 ans	178,51 \$	326,94 \$	272,95 \$	405,80 \$
40-44 ans	190,98 \$	346,97 \$	290,49 \$	430,76 \$
45-49 ans	217,11 \$	397,22 \$	329,18 \$	493,58 \$
50-54 ans	246,83 \$	463,40 \$	375,39 \$	576,29 \$
55-59 ans	276,76 \$	514,81 \$	418,23 \$	640,47 \$
60-64 ans	314,70 \$	580,17 \$	472,45 \$	722,11 \$

OPTION 4

Médicaments génériques obligatoire avec franchise 900 \$/900 \$ - remboursement : 100 %, maladie grave 10 000 \$

ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
18-24 ans	44,06 \$	82,45 \$	63,87 \$	102,26 \$
25-29 ans	44,34 \$	83,23 \$	64,35 \$	103,24 \$
30-34 ans	45,85 \$	84,60 \$	66,20 \$	104,95 \$
35-39 ans	49,27 \$	94,53 \$	72,11 \$	117,36 \$
40-44 ans	51,54 \$	95,49 \$	74,60 \$	118,55 \$
45-49 ans	52,39 \$	99,05 \$	76,35 \$	123,00 \$
50-54 ans	68,13 \$	129,64 \$	99,47 \$	160,98 \$
55-59 ans	69,51 \$	131,38 \$	101,29 \$	163,15 \$
60-64 ans	75,27 \$	140,21 \$	109,22 \$	174,17 \$

OPTION 5

**Médicaments génériques obligatoire - remboursement : 100 %,
frais médicaux – remboursement : 80 %, franchise 900 \$/900 \$ applicable aux médicaments et aux frais médicaux,
maladie grave 10 000 \$, assurance voyage et annulation voyage**

ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
18-24 ans	69,03 \$	122,42 \$	98,76 \$	152,29 \$
25-29 ans	80,34 \$	144,24 \$	115,50 \$	179,55 \$
30-34 ans	83,30 \$	151,39 \$	120,27 \$	188,50 \$
35-39 ans	86,25 \$	154,49 \$	123,83 \$	192,25 \$
40-44 ans	102,42 \$	183,18 \$	147,41 \$	228,10 \$
45-49 ans	128,76 \$	233,73 \$	186,39 \$	291,28 \$
50-54 ans	186,46 \$	357,44 \$	274,29 \$	445,11 \$
55-59 ans	231,81 \$	436,89 \$	339,33 \$	544,24 \$
60-64 ans	275,50 \$	514,21 \$	402,14 \$	640,68 \$

OPTION 6

**Médicaments génériques obligatoire - remboursement : 100 %,
frais médicaux – remboursement : 80 %, franchise 900 \$/900 \$ applicable aux médicaments et aux frais médicaux,
maladie grave 10 000 \$, assurance voyage et annulation voyage, dentaire – remboursement : 80 %**

ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
18-24 ans	105,66 \$	195,67 \$	166,15 \$	242,15 \$
25-29 ans	116,97 \$	217,49 \$	182,90 \$	269,40 \$
30-34 ans	119,93 \$	224,64 \$	187,66 \$	278,36 \$
35-39 ans	122,88 \$	227,74 \$	191,23 \$	282,10 \$
40-44 ans	139,05 \$	256,43 \$	214,80 \$	317,96 \$
45-49 ans	165,39 \$	306,99 \$	253,78 \$	381,13 \$
50-54 ans	223,09 \$	430,69 \$	341,68 \$	534,97 \$
55-59 ans	268,45 \$	510,15 \$	406,72 \$	634,09 \$
60-64 ans	312,13 \$	587,46 \$	469,54 \$	730,53 \$

AUTORISATION DE PAIEMENT

Association des Jeunes Barreaux de Région
Police 32392 - Période du 1^{er} mai 2017 au 31 juillet 2018



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**