Vous devez sauvegarder ce formulaire électronique dans votre ordinateur avant de le remplir.

PROPOSITION D'ASSURANCE

Association des Jeunes Barreaux de Région
Police 32392 - Période du 1er août 2019 au 31 juillet 2020

médicassurance
2197, rue Sherbrooke Est, bureau 200, Montréal (Québec) H2K 1C8
6700, boulevard Pierre-Bertrand, bureau 300, Québec (Québec) G2J 0B4
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
Est-ce que votre conjoint(e) détient une couverture d'assurance qui permettrait la coordination des prestations ? ○ Oui ○ Non	
Est-ce qu'une assurance collective est offerte par votre employeur ? ○ Oui ○ Non	

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 : _____ Date de cohabitation (jour / mois / année) : _____	○ 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.

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, 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.

J'autorise tout assureur, réassureur, fournisseur de soins de santé, professionnel de la santé, pharmacien, hôpital, clinique de santé, administrateur de mon régime d'assurance collective, administrateur de programmes gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, organisme, ou tout fournisseur de services dans le cadre de mon régime d'assurance collective à recueillir et à échanger avec l'assureur mes renseignements personnels, ainsi que ceux de mes personnes à charge pour déterminer l'admissibilité aux garanties ainsi que pour les fins d'administration du régime et de l'étude de toute réclamation. Ces informations peuvent être de nature médicale ou autre.

En cas de décès, j'autorise tout bénéficiaire, héritier ou liquidateur de ma succession à fournir à l'assureur ou ses réassureurs tous les renseignements ou autorisations jugés nécessaires pour l'étude de la demande de prestations et l'obtention de pièces justificatives. J'autorise toute force policière, tout coroner, tout toxicologue à échanger avec l'assureur mes renseignements personnels, incluant tout rapport d'accident et rapport d'enquête policière, dans le cadre de l'étude d'une réclamation portant sur mon décès, invalidité ou une mutilation. J'autorise aussi la communication de mes renseignements personnels (autre que ceux de nature médicale) à tout enquêteur privé dans le cadre d'une étude de réclamation et autorise cet enquêteur privé à fournir toute information obtenue à mon sujet à l'assureur.

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 :

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

- 6700, boulevard Pierre-Bertrand, bureau 300, Québec (Québec) G2J 0B4

IMPORTANT : Votre assurance entrera en vigueur le 1er du mois suivant la réception de votre proposition d'assurance dûment remplie, à moins que vous nous le spécifiiez ci-dessous. Une assurance ne peut être mise en vigueur à un autre moment que le 1er du mois et sera annulée le dernier jour du mois suivant la réception d'un préavis écrit de 30 jours de votre part.

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

Vous devez sauvegarder ce formulaire électronique dans votre ordinateur avant de le remplir.

FORMULAIRE MÉDICAL

Association des Jeunes Barreaux de Région
Police 32392

médicassurance

2197, rue Sherbrooke Est, bureau 200, Montréal (Québec) H2K 1C8
6700, boulevard Pierre-Bertrand, bureau 300, Québec (Québec) G2J 0B4
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 | Est-ce que vous ou vos personnes à charge avez déjà reçu un diagnostic ou traitement et/ou prescrit des médicaments pour l'une des conditions suivantes ?	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 (Les signatures électroniques ne sont pas acceptées)	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 1er juillet de chaque année – remboursement 100 %

ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
	100,32 $	201,96 $	150,48 $	252,12 $

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	110,00 $	195,95 $	150,38 $	236,34 $
25-29 ans	110,00 $	195,95 $	157,70 $	243,43 $
30-34 ans	110,00 $	195,95 $	157,70 $	243,43 $
35-39 ans	115,62 $	206,60 $	166,27 $	257,27 $
40-44 ans	120,29 $	216,10 $	173,29 $	269,10 $
45-49 ans	145,92 $	271,91 $	212,87 $	338,88 $
50-54 ans	176,02 $	334,53 $	258,62 $	417,13 $
55-59 ans	184,16 $	356,60 $	272,26 $	444,70 $
60-64 ans	209,79 $	402,47 $	309,35 $	502,03 $

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	126,28 $	230,58 $	182,93 $	287,21 $
25-29 ans	144,76 $	255,17 $	204,73 $	317,36 $
30-34 ans	145,41 $	255,17 $	204,73 $	317,36 $
35-39 ans	151,32 $	269,85 $	217,92 $	336,16 $
40-44 ans	164,91 $	291,67 $	237,04 $	363,37 $
45-49 ans	193,40 $	346,45 $	279,21 $	431,84 $
50-54 ans	225,79 $	418,58 $	329,58 $	522,00 $
55-59 ans	258,42 $	474,63 $	376,28 $	591,95 $
60-64 ans	299,77 $	545,87 $	435,38 $	680,95 $

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	165,83 $	309,69 $	255,72 $	384,25 $
25-29 ans	184,32 $	334,27 $	277,52 $	414,40 $
30-34 ans	184,97 $	334,27 $	277,52 $	414,40 $
35-39 ans	190,88 $	348,95 $	290,70 $	433,20 $
40-44 ans	204,47 $	370,78 $	309,82 $	460,41 $
45-49 ans	232,96 $	425,56 $	351,99 $	528,88 $
50-54 ans	265,35 $	497,69 $	402,36 $	619,04 $
55-59 ans	297,97 $	553,73 $	449,06 $	688,99 $
60-64 ans	339,33 $	624,97 $	508,16 $	777,98 $

OPTION 4

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

ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
18-24 ans	48,47 $	90,70 $	70,26 $	112,49 $
25-29 ans	48,77 $	91,55 $	70,79 $	113,56 $
30-34 ans	50,44 $	93,06 $	72,82 $	115,45 $
35-39 ans	54,20 $	103,98 $	79,32 $	129,10 $
40-44 ans	56,69 $	105,04 $	82,06 $	130,41 $
45-49 ans	57,63 $	108,96 $	83,99 $	135,30 $
50-54 ans	74,94 $	142,60 $	109,42 $	177,08 $
55-59 ans	76,46 $	144,52 $	111,42 $	179,47 $
60-64 ans	82,80 $	154,23 $	120,14 $	191,59 $

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	75,31 $	133,55 $	107,77 $	166,11 $
25-29 ans	87,64 $	157,34 $	126,01 $	195,83 $
30-34 ans	90,87 $	165,13 $	131,21 $	205,58 $
35-39 ans	94,08 $	168,51 $	135,09 $	209,67 $
40-44 ans	111,71 $	199,78 $	160,79 $	248,75 $
45-49 ans	140,42 $	254,88 $	203,28 $	317,61 $
50-54 ans	203,31 $	389,73 $	299,09 $	485,29 $
55-59 ans	252,74 $	476,33 $	369,99 $	593,34 $
60-64 ans	300,37 $	560,61 $	438,45 $	698,46 $

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	111,47 $	205,87 $	174,29 $	254,82 $
25-29 ans	123,80 $	229,65 $	192,55 $	284,53 $
30-34 ans	127,03 $	237,44 $	197,74 $	294,29 $
35-39 ans	130,24 $	240,82 $	201,63 $	298,37 $
40-44 ans	147,87 $	272,10 $	227,32 $	337,46 $
45-49 ans	176,58 $	327,21 $	269,81 $	406,31 $
50-54 ans	239,47 $	462,04 $	365,62 $	574,00 $
55-59 ans	288,92 $	548,65 $	436,51 $	682,04 $
60-64 ans	336,53 $	632,92 $	504,99 $	787,16 $

RAPPEL DE CERTAINES DE NOS DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Admissibilité des enfants à charge de 21 ans et plus

Tout enfant célibataire âgé de 21 ans ou plus, mais âgé de moins de 26 ans est admissible s'il est étudiant à temps plein (minimum de trois cours par session) dans une institution d'enseignement reconnue. Afin de prolonger l'assurance d'un enfant, une confirmation écrite des parents doit nous être acheminé au début de chaque session afin de nous confirmer le nom de l'enfant, la session en cours, le nombre de cours suivis et l'institution d'enseignement fréquentée.

Annulation

Toute demande d'annulation doit être soumise par écrit, soit par courriel, télécopieur ou par la poste et sera effective le 1er jour du mois suivant sa réception.

Changement d'option

Il est possible de changer d'option dans les 60 jours suivants la date de renouvellement du programme.

Défaut de paiement de prime

Tout paiement refusé par un établissement bancaire (prélèvement bancaire, chèque ou carte de crédit), quel que soit la raison, engendra des frais administratifs de 45 $. Dans le cas d'une carte de crédit, il est important que nous soyons avisés lorsqu'elle est perdue, volée, clonée, remplacée ou qu'elle est expirée afin que nous reportions la perception le mois suivant et vous éviter ces frais administratifs.

Chez MédicAssurance, 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.

Paiement des primes

Toute perception peut être acquittée que le 1er jour du mois.

Suspension de l'assurance

Toute assurance sera suspendue à l'expiration d'un délai de grâce de 30 jours lorsqu'un paiement de prime ne sera pas honoré.

Vous devez sauvegarder ce formulaire électronique dans votre ordinateur avant de le remplir.

AUTORISATION DE PAIEMENT

Association des Jeunes Barreaux de Région
Police 32392 - Période du 1er août 2019 au 31 juillet 2020

médicassurance

2197, rue Sherbrooke Est, bureau 200, Montréal (Québec) H2K 1C8
6700, boulevard Pierre-Bertrand, bureau 300, Québec (Québec) G2J 0B4
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.
Veuillez remplir la section « Autorisation de prélèvements bancaires ». ◯ Annuel ◯ Semestriel ◯ Trimestriel ◯ Bimestriel ◯ Mensuel

☐ **Carte de crédit :** frais administratifs de 2 % de la prime.
Veuillez 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 1er 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) 1er signataire 2e 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

Rév. 06/2019