

PROPOSITION D'ASSURANCE

Association des ostéopathes du Québec
Police 17185 - Période du 1^{er} mars 2010 au 28 février 2011

 **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
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

(L'assurance DMA est incluse avec chacune des options et l'assurance vie est incluse avec les options 3 et 4)

Assurance vie - couverture offerte : 30 000 \$ - La Survivance Assurance décès ou mutilation par accident : 30 000 \$ - La Survivance	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 DES PERSONNES À CHARGE

(Si vous choisissez une couverture couple, monoparentale ou familiale, cette garantie est incluse avec les options 3 et 4)

Conjoint	10 000 \$	Enfants (dès 24 heures)	5 000 \$
L'adhérent est automatiquement le bénéficiaire de l'assurance vie 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 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 :

Veillez calculer vos primes au prorata en fonction de la date du renouvellement annuel de la police. La période annuelle est du 1^{er} mars de l'année courante au 28 février de l'année suivante. 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'adresse suivante :

- 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^{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 _____.

Carte directe

Prime mensuelle incluant la taxe de 9%

OPTION 1 ■

(DMA, Maladie grave, Médicaments avec franchise 100 \$ / 200 \$ - remboursement : 75 %, Assurance voyage et annulation voyage)

ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle <input type="checkbox"/>	Couple <input type="checkbox"/>	Monoparentale <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>
- de 35 ans	35,84 \$	70,29 \$	53,87 \$	110,58 \$
35 - 39 ans	35,84 \$	70,29 \$	53,87 \$	110,58 \$
40 - 44 ans	47,69 \$	94,95 \$	72,38 \$	157,64 \$
45 - 49 ans	47,69 \$	94,95 \$	72,38 \$	157,64 \$
50 - 54 ans	47,69 \$	94,95 \$	72,38 \$	157,64 \$
55 - 59 ans	67,45 \$	133,35 \$	88,28 \$	159,11 \$
60 - 64 ans	99,02 \$	190,65 \$	125,53 \$	190,65 \$
65 - 69 ans	316,80 \$	626,22 \$	561,09 \$	626,22 \$

OPTION 2 ■

(DMA, Maladie grave, Médicaments avec franchise 750 \$ / 750 \$ - remboursement : 100 %, Assurance voyage et annulation voyage)

ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle <input type="checkbox"/>	Couple <input type="checkbox"/>	Monoparentale <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>
- de 35 ans	19,91 \$	37,47 \$	23,10 \$	57,63 \$
35 - 39 ans	19,91 \$	37,47 \$	23,10 \$	57,63 \$
40 - 44 ans	25,73 \$	49,92 \$	30,14 \$	77,75 \$
45 - 49 ans	25,73 \$	49,92 \$	30,14 \$	77,75 \$
50 - 54 ans	25,73 \$	49,92 \$	30,14 \$	77,75 \$
55 - 59 ans	35,45 \$	70,69 \$	41,89 \$	78,43 \$
60 - 64 ans	50,92 \$	103,88 \$	60,61 \$	93,53 \$
65 - 69 ans	268,70 \$	539,44 \$	496,17 \$	529,10 \$

OPTION 3 ■

(Assurance vie — 30 000 \$, DMA, Maladie grave, Assurance des personnes à charge, Médicaments avec franchise 100 \$ / 200 \$ applicable aux frais médicaux
remboursement : 75 %, Assurance frais médicaux - remboursement : 75 %, Assurance voyage et annulation voyage)

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"/>
- de 35 ans	55,20 \$	113,24 \$	88,20 \$	171,89 \$	56,83 \$	114,88 \$	89,84 \$	173,53 \$
35 - 39 ans	68,70 \$	141,58 \$	109,46 \$	230,20 \$	70,33 \$	143,22 \$	111,10 \$	231,84 \$
40 - 44 ans	82,31 \$	168,45 \$	129,91 \$	275,35 \$	84,28 \$	170,41 \$	131,87 \$	277,31 \$
45 - 49 ans	104,58 \$	210,58 \$	162,45 \$	345,53 \$	108,50 \$	214,50 \$	166,37 \$	349,45 \$
50 - 54 ans	134,43 \$	264,00 \$	203,79 \$	384,43 \$	140,97 \$	270,54 \$	210,33 \$	390,97 \$
55 - 59 ans	174,71 \$	334,34 \$	228,98 \$	394,57 \$	186,81 \$	346,44 \$	241,08 \$	406,67 \$
60 - 64 ans	227,02 \$	417,56 \$	286,05 \$	417,56 \$	247,30 \$	437,83 \$	306,32 \$	437,83 \$
65 - 69 ans	474,89 \$	891,06 \$	759,55 \$	891,06 \$	501,05 \$	917,22 \$	785,71 \$	917,22 \$

OPTION 4 ■

(Assurance vie – 30 000 \$, DMA, Maladie grave. Assurance des personnes à charge, Médicaments avec franchise 750 \$ / 750 \$ applicable aux frais médicaux
remboursement : 100 %, Assurance frais médicaux - remboursement : 100 %, Assurance voyage et annulation voyage)

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"/>
- de 35 ans	39,51 \$	80,36 \$	63,46 \$	119,77 \$	41,14 \$	82,00 \$	65,10 \$	121,41 \$
35 - 39 ans	48,58 \$	99,36 \$	77,73 \$	158,91 \$	50,21 \$	101,00 \$	79,37 \$	160,55 \$
40 - 44 ans	58,14 \$	117,83 \$	91,91 \$	189,69 \$	60,11 \$	119,79 \$	93,87 \$	191,65 \$
45 - 49 ans	74,27 \$	147,31 \$	114,89 \$	237,98 \$	78,19 \$	151,23 \$	118,81 \$	241,90 \$
50 - 54 ans	95,44 \$	184,89 \$	144,36 \$	265,82 \$	101,98 \$	191,43 \$	150,90 \$	272,36 \$
55 - 59 ans	126,39 \$	235,46 \$	164,60 \$	275,96 \$	138,49 \$	247,56 \$	176,70 \$	288,06 \$
60 - 64 ans	164,30 \$	294,18 \$	205,70 \$	294,20 \$	184,58 \$	314,45 \$	225,97 \$	314,47 \$
65 - 69 ans	412,17 \$	767,68 \$	679,20 \$	767,99 \$	438,33 \$	793,84 \$	705,36 \$	794,15 \$

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES ■ (DISPONIBLE AVEC LES OPTIONS 3 ET 4 SEULEMENT)

(Aucune franchise – remboursement : 80 %)

COUVERTURE

Individuelle <input type="checkbox"/>	Couple <input type="checkbox"/>	Mono <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>
52,47 \$	104,60 \$	78,45 \$	124,90 \$

ASSURANCE SALAIRE LONGUE DURÉE

Joindre votre déclaration d'assurabilité remplie et une copie de votre dernier rapport d'impôt pour cette option (Délai de carence de 30 jours)

ÂGE	COUVERTURE		
	FEMME	HOMME	INDEXATION 3%
- de 30 ans	1,44 \$	1,37 \$	0,27 \$
30 - 34 ans	1,92 \$	1,54 \$	0,35 \$
35 - 39 ans	2,73 \$	2,25 \$	0,44 \$
40 - 44 ans	3,83 \$	2,99 \$	0,64 \$
45 - 49 ans	4,57 \$	4,12 \$	0,82 \$
50 - 54 ans	6,10 \$	5,57 \$	0,94 \$
55 - 59 ans	6,85 \$	6,85 \$	0,76 \$
60 - 64 ans	7,50 \$	7,50 \$	0,46 \$

ASSURANCE VIE FACULTATIVE

Assurance disponible par tranche de 10 000 \$, maximum de 350 000 \$
Joindre votre déclaration d'assurabilité complétée

AGE	FEMME	HOMME
- de 35 ans	0,98 \$	1,53 \$
35 - 39 ans	0,98 \$	1,53 \$
40 - 44 ans	1,42 \$	2,07 \$
45 - 49 ans	2,62 \$	3,92 \$
50 - 54 ans	4,36 \$	6,54 \$
55 - 59 ans	7,74 \$	11,77 \$
60 - 64 ans	10,57 \$	17,33 \$

Réduction de 50 % du montant d'assurance vie à 65 ans

7800-008-fr-propo - Rév. 01/2010

