

# PROPOSITION D'ASSURANCE

Association québécoise des informaticiennes  
et informaticiens indépendants

Police 95904 - Période du 1<sup>er</sup> mars 2011 au 29 février 2012



1255, rue University, bureau 217, Montréal (Québec) H3B 3B2  
5300, boulevard des Galeries, bureau 415, Québec (Québec) G2K 2A2  
Montréal : 514.871.1181 • Québec : 418.681.7785 • Sans frais : 1.877.371.1181  
info@medicassurance.ca www.medicassurance.ca

## 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

(Incluses avec les options 3 et 4)

Couverture offerte : 30 000 \$	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 POUR PERSONNES À CHARGE

(Si vous choisissez une couverture couple, monoparentale ou familiale, ces garanties sont incluses avec les options 3 et 4)

<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, 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 415, 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 1 ■

(Médicaments avec franchise 100 \$ / 200 \$ - remboursement : 75 %, Assurance santé-voyage)

ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle <input type="checkbox"/>	Couple <input type="checkbox"/>	Mono <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>
- de 35 ans	47,86 \$	100,61 \$	75,46 \$	162,32 \$
35 - 39 ans	47,86 \$	100,61 \$	75,46 \$	162,32 \$
40 - 44 ans	66,00 \$	138,36 \$	103,81 \$	225,35 \$
45 - 49 ans	66,00 \$	138,36 \$	103,81 \$	225,35 \$
50 - 54 ans	66,00 \$	138,36 \$	103,81 \$	225,35 \$
55 - 59 ans	96,24 \$	197,16 \$	128,17 \$	236,58 \$
60 - 64 ans	144,60 \$	284,93 \$	185,18 \$	284,93 \$
65 - 69 ans	375,54 \$	746,82 \$	647,08 \$	746,82 \$

### OPTION 2 ■

(Médicaments avec franchise 750 \$ / 750 \$ - remboursement : 100 %, Assurance santé-voyage)

ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle <input type="checkbox"/>	Couple <input type="checkbox"/>	Mono <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>
- de 35 ans	23,49 \$	50,09 \$	28,23 \$	80,80 \$
35 - 39 ans	23,49 \$	50,09 \$	28,23 \$	80,80 \$
40 - 44 ans	32,41 \$	69,05 \$	38,93 \$	111,44 \$
45 - 49 ans	32,41 \$	69,05 \$	38,93 \$	111,44 \$
50 - 54 ans	32,41 \$	69,05 \$	38,93 \$	111,44 \$
55 - 59 ans	47,25 \$	100,68 \$	56,83 \$	112,50 \$
60 - 64 ans	70,96 \$	151,26 \$	85,37 \$	135,49 \$
65 - 69 ans	301,92 \$	613,15 \$	547,27 \$	597,39 \$

### OPTION 3 ■

(Assurance vie - 30 000 \$, DMA, Assurance des personnes à charge, Médicaments avec franchise 100 \$ / 200 \$ - remboursement : 75 %, Assurance frais médicaux - remboursement : 80 %, Assurance santé-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	64,94 \$	134,62 \$	102,72 \$	209,08 \$	66,58 \$	136,25 \$	104,35 \$	210,71 \$
35 - 39 ans	83,30 \$	173,07 \$	131,56 \$	288,25 \$	84,94 \$	174,70 \$	133,19 \$	289,88 \$
40 - 44 ans	99,78 \$	205,93 \$	156,55 \$	349,73 \$	101,74 \$	207,89 \$	158,51 \$	351,69 \$
45 - 49 ans	128,71 \$	261,85 \$	199,38 \$	437,00 \$	132,63 \$	265,78 \$	203,31 \$	440,93 \$
50 - 54 ans	167,39 \$	332,49 \$	253,64 \$	487,96 \$	173,93 \$	339,03 \$	260,18 \$	494,50 \$
55 - 59 ans	215,94 \$	419,45 \$	284,12 \$	499,96 \$	228,03 \$	431,55 \$	296,22 \$	512,06 \$
60 - 64 ans	279,85 \$	522,05 \$	351,87 \$	548,85 \$	300,12 \$	542,32 \$	372,14 \$	569,12 \$
65 - 69 ans	495,02 \$	930,16 \$	759,98 \$	956,93 \$	521,18 \$	956,32 \$	786,14 \$	983,09 \$

### OPTION 4 ■

(Assurance vie - 30 000 \$, DMA, Assurance des personnes à charge, Médicaments avec franchise 250 \$ / 500 \$ - remboursement : 75 %, Assurance frais médicaux - remboursement : 80 %, Assurance santé-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	44,97 \$	92,72 \$	71,24 \$	142,77 \$	46,61 \$	94,35 \$	72,87 \$	144,40 \$
35 - 39 ans	57,29 \$	118,49 \$	90,56 \$	195,93 \$	58,93 \$	120,12 \$	92,19 \$	197,56 \$
40 - 44 ans	68,79 \$	141,02 \$	107,79 \$	237,66 \$	70,75 \$	142,98 \$	109,75 \$	239,62 \$
45 - 49 ans	89,38 \$	179,73 \$	137,65 \$	297,45 \$	93,30 \$	183,66 \$	141,58 \$	301,38 \$
50 - 54 ans	116,31 \$	228,89 \$	175,83 \$	333,38 \$	122,85 \$	235,43 \$	182,37 \$	339,92 \$
55 - 59 ans	152,99 \$	290,61 \$	199,59 \$	344,79 \$	165,08 \$	302,71 \$	211,69 \$	356,89 \$
60 - 64 ans	198,67 \$	362,36 \$	247,86 \$	380,40 \$	218,94 \$	382,63 \$	268,13 \$	400,67 \$
65 - 69 ans	413,83 \$	770,46 \$	655,95 \$	788,50 \$	439,99 \$	796,62 \$	682,11 \$	814,66 \$

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

(Aucune franchise — remboursement : 80 %)

Individuelle <input type="checkbox"/>	Couple <input type="checkbox"/>	Mono <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>
64,57 \$	128,71 \$	96,55 \$	153,72 \$

7800-006-fr-propo - Rév. 02/2011





# AUTORISATION DE PAIEMENT

Association québécoise des informaticiennes  
et informaticiens indépendants

Police 95904 - Période du 1<sup>er</sup> mars 2011 au 29 février 2012

 **médicassurance**

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

5300, boulevard des Galeries, bureau 415, Québec (Québec) G2K 2A2

Montréal : 514.871.1181 • Québec : 418.681.7785 • Sans frais : 1.877.371.1181

info@medicassurance.ca www.medicassurance.ca

## 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  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> mars de l'année courante au 29 février de l'année suivante. Le chèque doit être émis à l'ordre de MédicAssurance inc.

## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT BANCAIRE

J'autorise 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 : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ 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, 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  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 : \_\_\_\_\_

## LES 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.

**DOCUMENT À COMPLÉTER ET À RETOURNER ACCOMPAGNÉ  
DE LA PROPOSITION DÛMENT COMPLÉTÉE.**