

Proposition d'assurance pour les régimes d'assurance maladie complémentaire, de soins dentaires et d'assurance voyage découverte de L'Association Canadienne des Policiers

Si vous avez des questions concernant les régimes, si vous avez besoin d'aide pour remplir votre proposition d'assurance ou si vous devez soumettre un avis écrit de modification ou d'annulation, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime, belairdirect, au 1 833 460.8380.

1. Renseignements Personnels – Veuillez écrire en caractères d'imprimerie

Prénom		Nom de famille		Sexe	
				<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre	
Adresse (y compris le numero d'appartement/d'unité)				Téléphone	
Ville		Province/Territoire		Code postal	
Date de naissance (jj/mm/aaaa)				Numero d'assurance maladie provincial	

2. Renseignements sur le régime

Régime d'assurance maladie complémentaire (AMC)*

Je souhaite m'inscrire au régime AMC : Oui Non Choix de protection requise: Individuelle Couple Familiale

Je suis déjà inscrit à un régime d'assurance médicaments : Yes No

Médicament sur ordonnance (Sélectionner une option):

Option de médicament A - \$2000 par ménage par année civile Option de médicament B - \$4000 par ménage par année civile

Option annuelle de médicaments sur ordonnance (sélectionnez une option) :

Régime AMC standard :

Option de médicaments A : 2 000 \$ par ménage Option de médicaments B** : 4 000 \$ par ménage

Régime AMC subventionné :

Option de médicaments A : 2 000 \$ par ménage (protection individuelle : 850 \$***) Option de médicaments B** : 4 000 \$ par ménage (non offert pour une protection individuelle)

Remarque

- Vous devez maintenir votre inscription au régime AMC pendant au moins 12 mois. Si votre province ou territoire de résidence offre un régime d'assurance médicaments, les protections de la présente assurance ne sont disponibles que si vous êtes inscrit (e) à ce régime d'assurance médicaments.
- Lorsque vous choisissez l'option de médicaments B, vous devez demeurer adhérent au régime pendant 24 mois.
- S'applique uniquement au régime AMC subventionné (proposants ayant une couverture du régime AMC subventionné par le membre)

Assurance voyage découverte (offerte uniquement avec l'AMC)

Je souhaite m'inscrire à l'assurance voyage : Oui Non (Si oui, cochez les cases appropriées et entrez les renseignements demandés ci-dessous au besoin.)

Remarque

- Vous devez vous inscrire au régime AMC pour souscrire l'assurance voyage découverte. Votre choix de protection (individuelle, couple ou familiale) en vertu de l'assurance voyage découverte correspondra au choix de protection sélectionné en vertu du régime AMC.

Régime de base (sélectionnez une option) : Régime de base 62 jours Régime de base 93 jours

Cette assurance offre une couverture pour un nombre illimité de voyages au Canada, peu importe la durée, et un nombre illimité de voyages à l'extérieur du Canada d'une durée allant jusqu'à 62 ou 93 jours consécutifs, selon votre choix de régime de base

Option de franchise (sélectionnez une option) : Aucune franchise Franchise de 1 000 \$ (épargnez 10 % sur les primes du régime de base)

Votre option de franchise ne peut être modifiée qu'au début de chaque nouvelle année d'assurance, soit le premier mai.

Régime complémentaire - pour un voyage unique de plus de 93 jours consécutifs à l'extérieur de Canada, y compris la date de votre départ du Canada pour cette période de plus de 93 jours consécutifs et la date de votre retour dans votre province ou territoire de résidence.

Un régime de base 93 jours est requis pour souscrire un régime complémentaire.

Date de départ du Canada (jj/mm/aaaa) : **Date de retour dans votre province ou territoire de résidence (jj/mm/aaaa) :**

Les primes du Régime complémentaire sont fondées sur les paliers de durée totale du voyage, soit de 94 à 98, de 99 à 107, de 108 à 122, de 123 à 137, de 138 à 152, de 153 à 167, de 168 à 182, de 183 à 197 et de 198 à 212 jours. Par exemple, la prime pour un voyage de 99 jours serait la même que pour un voyage de 104 jours/, puisque les Régimes complémentaires prévoient une prime fixe pour une durée totale du voyage allant de 99 à 107 jours.

Régime d'assurance soins dentaires*

Je souhaite m'inscrire au régime d'assurance soins dentaires (80\$ services de base, 80% services mineurs, 50 % services majeurs) : Oui Non

Choix de protection requise : Individuelle Couple Familiale

Remarque vous devez demeurer inscrits au régime d'assurance soins dentaires pendant au moins 12 mois.

Cochez cette case si vous conservez d'autres protections d'AMC en plus du présent régime* Êtes-vous : Membre Conjoint(e)

Nom de l'assureur : _____ Numéro de contrat : _____

Remarque si les protections en vertu d'un autre régime AMC existant sont conservées, celles du ou des régimes ici sélectionnés entreront en vigueur le premier jour du mois suivant la date de réception de cette proposition.

Si vous ne conservez pas de protections supplémentaires d'AMC lorsque vous passez du régime d'assurance collective offert par votre employeur ou de celui offert par l'employeur de votre conjoint(e) au présent régime, vous devez fournir la date de cessation dudit régime d'assurance collective (dans l'espace ci-dessous). Les protections du présent régime entreront en vigueur le jour suivant la cessation de votre régime d'assurance collective ou de celui de votre conjoint(e).

Important – vous devez remplir et signer la partie 4 au verso pour que les protections soient en vigueur

Date de cessation de votre régime d'assurance collective ou de celui de votre conjoint(e) (jj/mm/aaaa) :			
Remarque les personnes qui étaient inscrites à un régime collectif d'AMC doivent présenter leur proposition d'assurance dans les 60 jours suivant la cessation du régime existant de l'employeur. Une preuve d'assurabilité est requise après le délai de 60 jours suivant la cessation du régime précédent.			

Si vous avez sélectionné une protection couple ou familiale, veuillez fournir les renseignements ci-dessous concernant le/la conjoint(e)/ la personne à charge

Prénom	Nom de famille	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre
Numéro d'assurance maladie provincial	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Personnes à charge agréées de 24 ans ou plus <input type="checkbox"/> Personne à charge handicapée
Prénom	Nom de famille	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre
Numéro d'assurance maladie provincial	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Personnes à charge agréées de 24 ans ou plus <input type="checkbox"/> Personne à charge handicapée

Pour les personnes à charge supplémentaires, veuillez fournir les renseignements sur une page distincte.

3. Paiement des primes et remboursement des demandes de règlement

Prélèvement bancaire automatique. J'autorise l'Agence Belairdirect inc., l'administrateur du régime, à effectuer des prélèvements mensuels (y compris les ajustements et les arriérés à moyen terme) sur le compte bancaire, de la société de fiducie ou de la caisse populaire indiqué sur le chèque. Les primes sont payables un mois à l'avance. Par exemple, le prélèvement du 5 avril couvre les primes dues pour le mois de mai. En raison du temps de traitement de la proposition d'assurance et de la date d'entrée en vigueur des protections, le premier prélèvement peut couvrir plus d'un mois de prime. Je comprends que mon contrat sera automatiquement annulé si Johnson Inc. reçoit au moins deux avis de fonds insuffisants dans mon compte.

Dépôt direct pour les demandes de règlement. J'autorise l'Agence Belairdirect inc. à déposer le remboursement de mes demandes de règlement d'assurance maladie complémentaire (AMC) et d'assurance soins dentaires directement dans mon compte bancaire.

J'ai joint un exemple de chèque portant la mention « ANNULÉ » à utiliser pour les prélèvements bancaires automatiques et le remboursement des demandes de règlement.

4. Consentement et Signature

Je certifie par la présente que je suis un membre en règle de l'Association canadienne des policiers et que mon admissibilité prend fin à la cessation de mon adhésion à l'Association canadienne des policiers.

Je reconnais que pour être admissible à l'assurance en vertu du régime d'assurance maladie complémentaire (AMC), du régime d'assurance soins dentaires et/ou de l'assurance voyage Prestige, je dois : a) être un membre, ou un(e) conjoint(e) ou une personne à charge d'un membre; b) être un résident canadien; et c) être assuré au titre de mon régime d'assurance maladie provincial ou territorial, et je confirme que toutes les personnes énumérées sur la présente proposition sont admissibles au(x) régime(s) sélectionné(s). Je reconnais également que le régime AMC exige que les membres soient inscrits à leur régime d'assurance médicaments provincial (le cas échéant).

Je comprends que les protections de l'AMC, de l'assurance soins dentaires et de l'assurance voyage Prestige entreront en vigueur le jour suivant la fin de mon régime d'assurance collective actuel OU, si je conserve les protections en vertu de mon régime d'assurance collective actuel, le premier du mois suivant la date de réception de ma proposition d'assurance. Si je présente une proposition d'assurance en tant que proposant tardif, je comprends que les protections entreront en vigueur à la date à laquelle la proposition d'assurance remplie est approuvée par l'assureur.

Je comprends également que, à moins d'avis contraire écrit de l'Agence belairdirect inc., les protections que j'ai choisies demeureront en vigueur pour chaque année d'assurance par la suite. L'Agence Belairdirect inc. m'avisera avant le début de chaque année d'assurance subséquente, soit le premier mai.

J'autorise mon « Groupe », l'Association canadienne des policiers, mon « Administrateur de régime » L'Agence Belairdirect inc., mes « Assureurs », la Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et la Compagnie d'assurance Belair inc.(collectivement, les « Fournisseurs ») à recueillir, utiliser, tenir à jour et divulguer mes renseignements financiers et médicaux, et autres renseignements personnels, y compris les renseignements relatifs à tout conjoint(e) ou personne à charge qui peut faire l'objet de la présente proposition (les « Renseignements »), aux fins de gestion et d'administration du régime d'assurance maladie complémentaire, du régime d'assurance soins dentaires et/ou de l'assurance voyage Prestige (les « Régimes ») et l'évaluation, l'enquête, la gestion, le traitement et/ou la souscription de la présente proposition et toute demande de règlement en vertu des Régimes (collectivement, les « Fins »). J'autorise toute personne disposant de Renseignements, y compris tout professionnel de la médecine et de la santé, établissement ou fournisseur, organisme de réglementation professionnel, tout employeur, administrateur de régime collectif, agence d'enquête d'assureur et tout administrateur d'autres programmes d'avantages sociaux à recueillir, utiliser, conserver et échanger ces Renseignements entre eux et avec les Fournisseurs et tout Administrateur de régime, assureur et/ou administrateur de remplacement approuvé par mon Groupe, aux Fins décrites par la présente. Je comprends qu'aucune protection n'entrera pas en vigueur avant d'avoir été approuvée par les Fournisseurs. J'autorise l'utilisation d'un numéro d'assurance maladie provincial et de tout numéro d'identification de membre du Groupe aux fins d'identification et d'administration. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon dont Johnson Inc. gère vos renseignements personnels, veuillez visiter : <https://www.belairdirect.com/fr/vieprivee> Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon dont la Compagnie d'assurance Belair inc. gère vos renseignements personnels, veuillez visiter : <https://www.belairdirect.com>

Signature du proposant

Date (jj/mm/aaaa)

Signature du (de la) conjoint(e) (si le choix de protection pour couple ou familiale est sélectionnée)

Date (jj/mm/aaaa)

Veuillez transmettre votre proposition d'assurance à :
belairdirect
Administration de l'assurance collective
C.P. 4005, Succ A
Toronto, ON M5W 0M7