Lussier
Dale Parizeau
Cabinet de services financiers

Objet : Offre de service – régime d'assurance de personnes
Pour l'Association québécoise des ostéopathes

Madame, Monsieur,

En tant que nouveau membre de l'Association québécoise des ostéopathes, vous avez accès, par l'entremise de Lussier Dale Parizeau à un régime d'assurance de personnes spécialement conçu pour répondre à vos besoins.

Des protections sur mesure !

En plus de l'assurance médicaments, à laquelle vous devez obligatoirement adhérer depuis le 1er janvier 1997, nous vous proposons des garanties d'assurance :

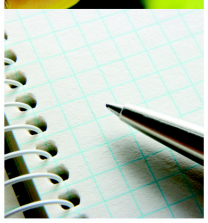
- Invalidité
- vie
- maladies graves
- frais généraux
- maladie complémentaire
- soins dentaires
- voyage
- hypothécaire

Profitez dès maintenant de ce régime d'assurance complet combinant prix, service et protections de qualité qui protégera votre stabilité financière en cas d'imprévu.

N'hésitez pas à nous contacter au 1 877 579-5585, afin qu'un de nos conseillers évalue vos besoins et vous recommande les meilleures solutions.

En espérant avoir le plaisir de vous servir prochainement, veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

L'Équipe de l'Assurance de personnes
Lussier Dale Parizeau
Tél. sans frais : 1 877 579-5585
p. j.



Assurance médicaments obligatoire

Critères d'admissibilité :

- être membre d'une association, d'un ordre professionnel, d'une fédération ou d'une corporation offrant un régime d'assurance médicaments à ses membres;
- avoir un revenu brut de toute source supérieur à 25 000 $, selon la ligne 199 de la déclaration de revenus de Revenu Québec de l'année précédente;
- être résident du Canada.

Le membre qui est admissible à l'assurance médicaments a l'obligation d'y adhérer et de couvrir son conjoint et ses enfants à charge, s'ils ne sont pas déjà assurés en vertu d'un autre régime privé.

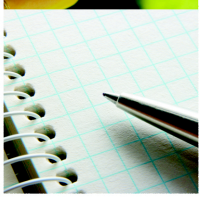
Les enfants à charge sont admissibles jusqu'à l'âge de 25 ans inclusivement. Entre 21 et 25 ans, les enfants à charge sont couverts s'ils sont étudiants à temps plein. Une preuve de scolarité devra être fournie à l'assureur à chaque session.

Le membre doit aviser Lussier Dale Parizeau de tout changement pouvant affecter son admissibilité ou celle de ses personnes à charge.

Le membre âgé de 65 ans ou plus a le choix de s'assurer auprès de la RAMQ ou de maintenir son assurance auprès de son ordre, son association, sa fédération ou sa corporation. Une surprime sera alors appliquée sur le montant déjà exigible.

Assurez l'essentiel : votre vie, votre santé et votre famille

Choisissez les protections qui vous conviennent, à la carte.



Assurance invalidité de longue durée

L'assurance invalidité est nécessaire à votre sécurité financière ainsi qu'à celle de votre famille. Votre santé financière en dépend!

Prestation mensuelle :	Minimum : 500 $	Maximum : 8 000 $
Délai de carence	➢ 30, 60, 90 ou 120 jours	
Propre occupation	➢ 60 mois	
Prestation maximale	➢ Jusqu'à 65 ans	
Invalidité partielle	➢ Incluse	
Garanties optionnelles	➢ Indexation des prestations	
	➢ Assurabilité future	

Assurance des frais généraux

Poursuivez vos affaires même en votre absence. En cas d'invalidité, cette assurance vous remboursera vos dépenses de bureau.

Prestation mensuelle :	Minimum : 500 $	Maximum : 8 000 $
Délai de carence	➢ 30 jours	
Prestation maximale	➢ 24 mois	

Assurance maladies graves – adhésion avant 60 ans

Ce montant forfaitaire qui vous permet d'assumer les dépenses supplémentaires associées à une maladie grave est le complément idéal à l'assurance invalidité.

Membre et conjoint

Minimum : 10 000 $ Maximum : 500 000 $

Période de survie :	➢ 30 jours
Affections courantes : Au choix 4 ou 18 maladies	➢ Crise cardiaque
	➢ Accident vasculaire cérébral
	➢ Cancer (mettant la vie en danger)
	➢ Chirurgie coronarienne

Assurance vie

Sécurisez votre famille. L'assurance vie protège votre famille en cas de décès. Elle sert entre autres à couvrir vos dettes et votre hypothèque.

Minimum – membre : 25 000 $	Maximum – membre : 750 000 $
Minimum – conjoint : 10 000 $	Maximum – conjoint : 500 000 $

Enfant à charge : 5 000 $ ou 10 000 $ (par enfant admissible)

Garantie décès et mutilation accidentels (adhérent ou familial)

Profitez de l'expertise de votre conseiller et communiquez dès maintenant avec nous au 1 800 361-8715

ASSUREZ-VOUS DE PROFITER DE LA **VIE**

Lussier Dale Parizeau
Cabinet de services financiers

SM

2017-07-25

Lussier Dale Parizeau
Cabinet de services financiers
700-3400, boul. de Maisonneuve O.
Montréal (Québec) H3Z 0A5
LussierDaleParizeau.ca

LES «SUR MESURES»

Taux en vigueur
du 1er mai 2017 au 30 avril 2018

Association Québécoise des ostéopathes

Description du régime d'assurance médicaments, maladie complémentaire et soins dentaires

Moins de 65 ans

ASSURANCE MÉDICAMENTS – OPTION 1

FRANCHISE (par année civile)	1 046 $ par adulte
REMBOURSEMENT (coassurance)	100 %
Médicaments	Génériques / liste de la RAMQ

ASS. MÉDICAMENTS ET MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTION 3

FRANCHISE (par année civile)	600 $ par certificat (médicaments seulement)
REMBOURSEMENT (coassurance)	80 %
Contribution maximale	Modalités de la RAMQ
Médicaments	Génériques / liste de la RAMQ
Assurance voyage	100 % - sans franchise Maximum 60 jours / voyage Maximum viager de 1 000 000 $ / assuré
Chambre d'hôpital	100 % - sans franchise / Semi-privée
Appareils auditifs	300 $ / assuré / 36 mois
Accident aux dents naturelles	Maximum 2 500 $ / par accident
Ambulance	Pas de maximum
Centre de réadaptation	Semi-privée / maximum 120 jours Admission moins de 14 jours après la fin de l'hospitalisation
Prothèses mammaires	200 $ / assuré / 24 mois
Prothèses capillaires	Maximum viager 300 $ / assuré
* Soins infirmiers ou infirmiers auxiliaires	Maximum 3 000 $ / assuré / année civile
* Radio-Labo : écho et ECG	Frais raisonnables et coutumiers
* Radio-Labo : résonnance magnétique	Maximum 500 $ / assuré / année civile
* Transfusion de plasma ou de sang	Pas de maximum
* Frais de location d'appareils médicaux	Modèle de base
* Bas de soutien	2 paires / année civile
* Chaussures orthopédiques et orthèses	300 $ / assuré / année civile
* Diabétiques	Indicateur de test, seringues et aiguilles à l'usage des diabétiques (sauf le glucomètre)
Professionnels de la santé	
Acupuncteur	500 $ / assuré / année civile
Audiologiste, orthophoniste et ostéopathe	500 $ / assuré / année civile
Chiropraticien	500 $ / assuré / année civile
Radiographie de chiropraticien	30 $ / assuré / année civile
Massothérapeute, kinésithérapeute et orthothérapeute	500 $ / assuré / année civile / pour l'ensemble des trois
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	500 $ / assuré / année civile
Podiatre	500 $ / assuré / année civile
Psychologue et travailleur social	500 $ / assuré / année civile
Psychiatre	50 % des frais / maximum 500 $ / assuré / année civile

* sur recommandation d'un médecin

ASSURANCE MÉDICAMENTS – OPTION 2

FRANCHISE (par année civile)	300 $ statut individuel et monoparental
	600 $ statut couple et familial
REMBOURSEMENT	
Médicaments	70 % Génériques / liste de la RAMQ
Ambulance	70 % pas de maximum
Accident aux dents naturelles	70 % modèle de base
Examen de la vue	70 % max. 50 $ / 24 mois
GARANTIES INCLUSES - adhérent	
Assurance vie	20 000 $
Assurance décès et mutilation accidentels	20 000 $
Assurance maladies graves	6 000 $

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Disponible moyennant la souscription à l'assurance médicaments et maladie complémentaire – **option 3 requise**.
Le statut doit être identique pour les deux garanties (individuel, monoparental, couple ou familial).

FRANCHISE (par année civile)	50 $ par certificat
REMBOURSEMENT	
Soins préventifs	80 %
Restauration de base	80 %
Restauration majeure	50 %
REMBOURSEMENT MAXIMAL	1 000 $ / assuré / année civile

PRIMES MENSUELLES (TAXE DE 9 % EN SUS)

OPTION 1		
Individuel	48.85 $	
Monoparental	82.61 $	
Couple	102.29 $	
Familial	136.05 $	
OPTION 2		
Individuel	75.68 $	
Monoparental	116.07 $	
Couple	145.71 $	
Familial	154.30 $	
OPTION 3	**Moins 40 ans**	**40 à 64 ans**
Individuel	110.53 $	169.86 $
Monoparental	221.28 $	339.14 $
Couple	235.48 $	364.99 $
Familial	346.28 $	534.51 $
SOINS DENTAIRES		
Individuel	52,03 $	
Monoparental	98,30 $	
Couple	98,30 $	
Familial	145,31 $	

Paiement annuel : une facture vous sera envoyée
Prélèvements bancaires : joindre un spécimen de chèque (des frais administratifs de 1,75 $ par mois s'appliquent)

Note : Les garanties peuvent subir des changements. Veuillez vous référer au résumé technique pour de plus amples renseignements.

Mise à jour : 2017-04-07

Lussier Dale Parizeau
Cabinet de services financiers
700-3400, boul. de Maisonneuve O.
Montréal (Québec) H3Z 0A5
LussierDaleParizeau.ca

« SUR MESURES » - DEMANDE D'ADHÉSION

FORFAIT MOINS DE 35 ANS ET MOINS DE 40 ANS SANS QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Vous pouvez nous retourner votre adhésion par la poste ou par télécopieur au 514 868-6423

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX - adhérent de moins de 35 ans et moins de 40 ans

Nom :	Prénom :	Date de naissance – aaaa/mm/jj :	Age :	☐ Homme ☐ Femme

☐ Fumeur ☐ Non-fumeur — Si vous êtes non-fumeur, au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit de nicotine (gomme, timbre, etc.)? ☐ Oui ☐ Non

Adresse de correspondance : ☐ Résidence ☐ Bureau	No de police : pour usage interne	No de membre :

Ville :	Province :	Code postal :

Tél. résidence :	Tél. cellulaire :	Tél. bureau : Poste :
Télécopieur :	Courrier électronique :	

CHOIX DE PROTECTIONS

Les garanties ci-dessous sont indissociables et la mise en vigueur sera le 1er du mois suivant la réception de votre demande d'adhésion.

Veuillez cocher l'option choisie	☐ - de 35 ans	☐ - de 40 ans
Assurance vie	50 000 $	25 000 $
Assurance décès et mutilation accidentels	50 000 $	25 000 $
Assurance invalidité de longue durée		
• Prestation mensuelle	1 500 $	1 000 $
• Délai de carence	90 jours	90 jours
• Durée des prestations	jusqu'à 65 ans	jusqu'à 65 ans
• Propre occupation	5 ans	5 ans

Date de mise en vigueur : a a a a / m m / 01

TARIFICATION MENSUELLE	NON FUMEUR		FUMEUR	
	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME
18 à 34 ans	22,38 $	21,09 $	24,63 $	22,38 $
35 à 39 ans	19,56 $	19,00 $	21,25 $	19,68 $

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Nom du bénéficiaire ☐ Révocable ☐ Irrévocable **
Lien avec la personne assurée ___ % a a a a / m m / 01 date de naissance

Nom du bénéficiaire ☐ Révocable ☐ Irrévocable **
Lien avec la personne assurée ___ % a a a a / m m / 01 date de naissance

Nom du bénéficiaire ☐ Révocable ☐ Irrévocable **
Lien avec la personne assurée ___ % a a a a / m m / 01 date de naissance

Veuillez indiquer si vous voulez que votre désignation de bénéficiaire soit « révocable » ou « irrévocable » en cochant la case appropriée. Le bénéficiaire du conjoint est automatiquement l'adhérent.

** **Au Québec, la désignation du conjoint est considérée comme irrévocable sauf stipulation contraire.**

PRIMES

Prime mensuelle		Taxe de 9 %		Frais administratif 1,75 $/mois (si applicable)		Prime mensuelle totale
	+		+		=	

MODE DE PAIEMENT

☐ **Annuel :** Veuillez joindre un chèque pour la prime annuelle payable à l'ordre de **Lussier Dale Parizeau**.

☐ **Prélèvements bancaires :** Veuillez signer l'autorisation ci-dessous et inclure un chèque du compte dans lequel les prélèvements mensuels seront faits, portant la mention « annulé ».
AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENTS BANCAIRE : J'autorise **Lussier Dale Parizeau** à effectuer des retraits mensuels du compte visé par le chèque « spécimen » ci-joint portant la mention « annulé ». Les retraits mensuels seront effectués le premier jour de chaque mois.

Signature du (des) titulaire (s) de compte : _____ **Date** : _____

CONDITIONS PRÉEXISTANTES ET SIGNATURE

ASSURANCE VIE

Si un adhérent décède par suite d'un accident subi ou d'une maladie contractée avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance et s'il a consulté un professionnel de la santé, a reçu des traitements ou des soins médicaux pour cette maladie ou cet accident durant les 12 mois qui précèdent immédiatement cette date, le bénéficiaire n'a droit à aucune prestation d'assurance vie à la suite du décès de l'adhérent et les primes sont remboursées rétroactivement. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas si l'adhérent a été au travail actif à plein temps de façon continue pendant une période de 12 mois à compter de la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Si un adhérent devient invalide par suite d'accident subi ou d'une maladie contractée avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance et s'il a consulté un professionnel de la santé, a reçu des traitements ou soins médicaux pour cette maladie ou cet accident durant les 12 mois qui précèdent immédiatement cette date, l'adhérent ne recevra aucune prestation d'assurance invalidité de longue durée et ne bénéficiera d'aucune exonération de primes à la suite d'une telle invalidité. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas si l'adhérent a été au travail actif à plein temps de façon continue pendant une période de 12 mois après la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

J'ai pris connaissance des conditions préexistantes ci-dessus mentionnées et j'y consens.

Signature de l'adhérent : _____ **Date :** _____ **Conseiller:**

Dans le présent document, le masculin est employé comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

Lussier Dale Parizeau
Cabinet de services financiers

700-3400, boul. de Maisonneuve O.
Montréal (Québec) H3Z 0A5
LussierDaleParizeau.ca

LES « SUR MESURES »

DEMANDE D'ADHÉSION
ASSURANCE MÉDICAMENTS, MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET SOINS DENTAIRES

Vous pouvez nous retourner votre adhésion par la poste ou par télécopieur au 514 868-6423

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX – ADHÉRENT – CONJOINT – ENFANTS À CHARGE

Nom :	**Prénom :**	**Date de naissance – jj/mm/aaaa :**	☐ **HOMME** ☐ **FEMME**	☐ **FUMEUR** ☐ **NON-FUMEUR**
Adresse de correspondance : ☐ **Résidence** ☐ **Bureau**		**Nom du groupe :**		**Numéro de membre :**
Ville :		**Province :**		**Code postal :**
Tél. résidence :	**Tél. cellulaire:**	**Tél. bureau :** **Poste :**		
Télécopieur :	**Courrier électronique :**			**Numéro de certificat :**

Nom du conjoint :	**Sexe :**	**Date de naissance – jj/mm/aaaa :**	**Date du mariage ou de la cohabitation – jj/mm/aaaa :**
Nom de l'enfant à charge :	**Sexe :**	**Date de naissance – jj/mm/aaaa :**	☐ **État de la personne à charge :** ☐ **Invalide** ☐ **Étudiant à temps plein – 21 à 25 ans – Joindre preuves de scolarité**
Nom de l'enfant à charge :	**Sexe :**	**Date de naissance – jj/mm/aaaa :**	☐ **État de la personne à charge :** ☐ **Invalide** ☐ **Étudiant à temps plein – 21 à 25 ans – Joindre preuves de scolarité**

ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE MÉDICAMENTS – NOTE IMPORTANTE : Évitez de mauvaises surprises, vérifiez votre situation : www.ramq.gouv.qc.ca

☐ Je suis membre ou employé d'un membre d'une association, d'un ordre professionnel, d'une fédération ou d'une corporation offrant un régime d'assurance médicaments à leurs membres auprès de Lussier Dale Parizeau

☐ Je suis âgé de moins de 65 ans ☐ Je suis résident du Canada

☐ **J'ai un revenu brut de toute source supérieur à 25 000 $ selon la ligne 199 de ma déclaration de revenus de Revenu du Québec de l'année dernière**

CHOIX DE PROTECTIONS

Statut : ☐ **Individuel** ☐ **Monoparental** ☐ **Couple** ☐ **Familial**

☐ **Assurance médicaments –** Inscrire l'option choisie

☐ **Assurance médicaments et maladie complémentaire –** Inscrire l'option choisie

☐ **Assurance maladie complémentaire –** ***Sans l'assurance médicaments*** **– Option 10**

☐ **Assurance soins dentaires –** ***Cette protection est conditionnelle à l'adhésion à l'assurance maladie complémentaire (avec ou sans l'assurance médicaments) et doit être maintenue pendant 24 mois***

☐ **Assurance vie et DMA 25 000 $ – Sans questionnaire médical Moins de 35 ans** ☐ **Fumeur** ☐ **Non fumeur**

Valide si vous n'avez pas adhéré au programme des moins de 35 ans.

Si l'une des protections choisies inclut une assurance vie, veuillez remplir la section « Désignation du bénéficiaire ».

Veuillez noter que vous devez conserver l'option choisie en assurance médicaments et maladie (option 1, 2 ou 3) pour une période consécutive minimale de 2 ans à moins d'y renoncer en raison de l'admissibilité à un régime d'assurance privé. Par la suite, toute modification d'option devra être faite au 1er mai.

Date de mise en vigueur – 1er/mm/aaaa :

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

☐Révocable
_____ _____ ☐Irrévocable **
Nom du bénéficiaire – Lien avec la personne assurée

☐ Révocable
_____ ☐ Irrévocable **
Nom du bénéficiaire – Lien avec la personne assurée

☐Révocable
_____ ☐ Irrévocable**
Nom du bénéficiaire – Lien avec la personne assurée

Veuillez indiquer si vous voulez que votre désignation de bénéficiaire soit « révocable » ou « irrévocable » en cochant la case appropriée. Le bénéficiaire du conjoint est automatiquement l'adhérent.

** **Au Québec, la désignation du conjoint est considérée comme irrévocable sauf stipulation contraire.**

PRIMES

Prime mensuelle pour les protections choisies		Taxe de 9 %		Frais administratif de 1,75 $ par mois (s'il y a lieu)		Prime mensuelle totale
	+		+		=	

MODE DE PAIEMENT

☐ **Annuel :** Une facture vous sera envoyée.

☐ **Prélèvements bancaires :** Veuillez signer l'autorisation ci-dessous et inclure un chèque du compte dans lequel les prélèvements mensuels seront faits, portant la mention « annulé ».

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENTS BANCAIRES : J'autorise Lussier Dale Parizeau à effectuer des retraits mensuels du compte visé par le chèque « spécimen » ci-joint portant la mention « annulé ». Les retraits mensuels seront effectués le premier jour de chaque mois.

Signature du (des) titulaire (s) de compte : **Date** :

SIGNATURE

Signature de l'adhérent : **Date :** **Nom du conseiller :**