

**Régime réservé aux membres
TROUSSE D'ADHÉSION 2011-10**

Nous sommes heureux de vous transmettre un sommaire des garanties offertes sous le régime facultatif d'assurance des soins dentaires réservé aux membres de l'Ordre des comptables agréés du Québec.

■ **Procédure d'adhésion :**

Pour adhérer au régime, **vous devez nous retourner le formulaire d'inscription ci-joint, par la poste.**

L'assureur accepte de vous assurer, peu importe le régime choisi, si le formulaire d'inscription, accompagné de votre formulaire d'inscription à l'assurance soins de santé, est reçu à nos bureaux **au plus tard 31 jours après la date d'annulation de votre régime antérieur.**

Il vous est également possible de souscrire à l'assurance des soins dentaires à l'anniversaire de la police, soit le 1^{er} octobre de chaque année.

■ **Information :**

Pour de plus amples renseignements, n'hésitez pas à communiquer avec le gestionnaire du régime :

VIGILIS 

Votre partenaire de choix
en assurance et placements

2540, boulevard Daniel-Johnson,
bureau 200, Laval QC H7T 2S3

 450 682-7772 | 1 888 682-7772

 450 682-8299 | 1 888 682-8299

www.vigilis.ca/ocaq
info@vigilis.ca

Le régime d'assurance soins dentaires est pris en charge par :



CARACTÉRISTIQUES

Assureur : Croix Bleue

| | RÉGIME DE BASE | RÉGIME COMPLET* |
|---|--------------------------|--------------------------|
| FRANCHISE : | Aucune | Aucune |
| REMBOURSEMENT MAXIMUM : | | |
| 1. Global par année civile par assuré ** : | 1 000 \$ | 1 500 \$ |
| 2. Viager pour soins orthodontiques par enfant de moins de 18 ans : | Sans objet | 1 500 \$ |
| 3. En cas de blessure accidentelle : | Illimité | Illimité |
| GUIDE DES TARIFS*** | Cédule courante | Cédule courante |
| MÉTHODE DE REMBOURSEMENT | Carte de paiement direct | Carte de paiement direct |
| POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT POUR LES SERVICES SUIVANTS : | | |
| 1. SOINS DE BASE : | 80 % | 80 % |
| <ul style="list-style-type: none"> • examens diagnostiques, y inclus deux examens de rappel par année civile; • radiographies; • soins préventifs; • soins de restauration de base; • entretien de prothèses amovibles; • chirurgie buccale; • anesthésie; • extractions. | | |
| 2. SOINS ENDODONTIQUES ET PARODONTAUX : | 50 % | 50 % |
| <ul style="list-style-type: none"> • traitement de canal; • traitement de la gencive. | | |
| 3. RESTAURATIONS MAJEURES : | Sans objet | 50 % |
| <ul style="list-style-type: none"> • Couronnes; • Incrustations; • ponts ou prothèses amovibles (pour remplacer une ou plusieurs dents naturelles extraites en cours de garantie). | | |
| 4. SOINS ORTHODONTIQUES : | Sans objet | 50 % |
| <i>(maximum viager de 1 500 \$ par enfant à charge de moins de 18 ans)</i> | | |

* Le Régime complet est disponible seulement si vous êtes assuré en vertu du régime complet d'assurance soins de santé.

** Le montant maximum global de la première année civile est réduit de 50 % pour les adhésions entrées en vigueur entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre.

*** L'Association provinciale des chirurgiens dentistes émet un guide annuel de tarifs pour ses membres. Le remboursement est limité aux montants indiqués dans la cédule courante.

■ Taux en vigueur au 1^{er} octobre 2011

RÉGIME COMPLET

Si vous avez déjà saisi l'occasion de vous procurer, ainsi qu'à vos êtres chers, la meilleure protection d'assurance soins de santé et que vous désirez une protection dentaire équivalente, ce régime s'adresse à vous :

- **aucune franchise;**
- le remboursement des frais suivants jusqu'à concurrence du maximum indiqué au sommaire des garanties :
 - **80 %** des frais encourus pour des **soins de base**, y inclus les soins préventifs et soins de restauration de base;
 - **50 %** des frais encourus pour des **soins endodontiques et parodontaux;**
 - **50 %** des frais encourus pour des **soins de restaurations majeures;**
- **50 %** des frais encourus pour des **soins orthodontiques** jusqu'à concurrence du maximum indiqué au sommaire des garanties pour un enfant à charge âgé de moins de 18 ans.

CERTAINES RESTRICTIONS S'APPLIQUENT, SE RÉFÉRER AU SOMMAIRE DES GARANTIES.

Taux de prime mensuels avant la taxe de 9 %

| Individuel | Couple | Monoparental | Familial |
|------------|-----------|--------------|-----------|
| 71,43 \$ | 142,86 \$ | 98,21 \$ | 169,64 \$ |

La protection doit être établie selon l'unité familiale assurée sous le régime d'assurance soins de santé.

RÉGIME DE BASE

Si vous êtes à la recherche d'un régime qui couvre les soins de base seulement en payant une prime aussi basse que possible, voici le régime qu'il vous faut :

- **Aucune franchise;**
- Le remboursement des frais suivants jusqu'à concurrence du maximum indiqué au sommaire des garanties :
 - **80 %** des frais encourus pour des **soins de base**, y inclus les soins préventifs et soins de restauration de base;
 - **50 %** des frais encourus pour des **soins endodontiques et parodontaux.**

CERTAINES RESTRICTIONS S'APPLIQUENT, SE RÉFÉRER AU SOMMAIRE DES GARANTIES.

Taux de prime mensuels avant la taxe de 9 %

| Individuel | Couple | Monoparental | Familial |
|------------|----------|--------------|----------|
| 38,20 \$ | 76,40 \$ | 55,33 \$ | 93,53 \$ |

La protection doit être établie selon l'unité familiale assurée sous le régime d'assurance soins de santé.

Formulaire d'inscription réservé aux membres

Police collective d'assurance soins dentaires



RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

2011-10

| | | |
|----------------|--------|-------------------|
| Nom de famille | Prénom | N° de client OCAQ |
|----------------|--------|-------------------|

RÉGIME DÉSIRÉ

(pour connaître les primes, consultez le tableau ci-joint)

RÉGIME DE BASE

Je comprends que j'aurai la possibilité d'adhérer au régime complet une fois l'an, soit le 1^{er} octobre. Je comprends également qu'aucune annulation ne sera permise pour une durée de deux ans.

Apposez vos initiales : _____

RÉGIME COMPLET

Je comprends qu'aucune réduction de protection, ou annulation, ne sera permise pour une durée de deux ans.

Apposez vos initiales : _____

MODE DE PAIEMENT – Assurance facultative des soins dentaires; le mode de paiement doit être le même que pour l'assurance des soins de santé.

PRÉLÈVEMENT BANCAIRE MENSUEL

Les primes seront payées par prélèvement bancaire mensuel en vertu de l'autorisation de débits préautorisés (DPA) signée par le payeur pour les primes de l'assurance soins de santé.

FACTURATION DE LA PRIME (CHÈQUE)

- Annuelle (prime payable jusqu'au 30 septembre de chaque année)
 Trimestrielle (trois fois la prime mensuelle)

Veuillez joindre un chèque libellé à l'ordre du "Régime d'assurance OCAQ" au montant approprié, en multipliant la prime mensuelle propre au régime de votre choix par le nombre de mois visé pour la période retenue. Vous devez ajouter 9 % pour la taxe d'assurance au Québec.

AUTORISATION ET SIGNATURE

J'autorise, par les présentes, la *Croix Bleue du Québec* et Le Groupe Vigilis à faire la demande et à échanger des renseignements de nature personnelle, y compris des renseignements d'ordre médical, me concernant ou concernant mon(ma) conjoint(e) ou mes enfants, auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de soins de santé ou de services sociaux, d'organismes publics (dans les limites prévues par la loi) et j'autorise ces personnes à fournir lesdits renseignements à la *Croix Bleue du Québec* et au Groupe Vigilis dans le cadre des démarches entourant toute réclamation qui pourrait être formulée en vertu du présent contrat. J'autorise également la *Croix Bleue du Québec* et Le Groupe Vigilis à communiquer des renseignements relatifs à ma protection d'assurance à toute autre compagnie d'assurance ou courtier que l'Ordre aurait désigné à cet effet. **Je comprends que, pour pouvoir participer à ce régime, je dois être membre en règle de l'Ordre des comptables agréés du Québec.**

Signature du membre _____ Date _____