

## Assurance voyage Travel Choice 1

**Cette assurance est établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) et La Nord-américaine, première compagnie d'assurance (filiale en propriété exclusive de Manuvie)**

Composez le 1 866 943-5997 et nos représentants se feront un plaisir de vous aider à remplir une proposition par téléphone.  
Nous sommes ouverts de 8 h 30 à 20 h du lundi au vendredi et de 9 h à 17 h (HE) le samedi.

### INSTRUCTIONS

Tous les proposants, veuillez consulter la section Admissibilité à la page 2.

1. RÉGIME SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

**Âgé de moins de 60 ans :** lisez la section Critères relatifs à la stabilité à la page 4, puis répondez aux questions des ÉTAPES 2 à 5.

**Âgé de 60 ans et plus :** Veuillez remplir la Déclaration médicale à l'étape 1 en répondant par un oui ou un non à chaque question posée. Si vous êtes admissible, lisez la section Critères relatifs à la stabilité à la page 4, puis répondez aux questions des ÉTAPES 2 à 5.

**Régime sans tarification des risques médicaux :** Si votre voyage doit durer moins de 15 jours, vous pouvez souscrire au Régime sans tarification des risques médicaux. Si vous souscrivez au Régime sans tarification des risques médicaux, il n'est pas nécessaire de compléter la Déclaration médicale de cette demande.

2. La proposition et la Déclaration médicale (le cas échéant) doivent être remplies avant la date d'effet de l'assurance.

3. Si votre état de santé change ou ne reste pas stable<sup>2</sup> entre la date à laquelle vous avez rempli et soumis la Déclaration médicale (le cas échéant) et la date d'effet de l'assurance, vous devez revoir les questions de la Déclaration médicale avec un agent de vente du Groupe D'Assurance Vie McLennan Inc. (TMG) afin de réévaluer votre admissibilité. **Si vous n'êtes plus admissible au régime d'assurance que vous avez souscrit et que vous ne communiquez pas avec TMG, toute demande de règlement sera refusée, l'assureur annulera votre police et vous remboursera la prime versée. Vous ne bénéficierez donc d'aucune assurance et tous les frais engagés par suite d'une maladie ou blessure, y compris les frais de rapatriement, seront à votre charge.**

4. Si vous souscrivez un Régime annuel voyages multiples et que votre état de santé ou votre problème de santé<sup>4</sup> change ou ne demeure pas stable<sup>2</sup> après la souscription de l'assurance, il est possible que vous n'avez pas droit à indemnisation au titre de la police si vous présentez une demande de règlement relativement à ce problème. SECTION II – CONVENTION D'ASSURANCE

### RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉGIMES

- Régime quotidien voyage unique :** Fournit une protection pour un seul voyage effectué en dehors de votre province ou territoire de résidence pendant toute la durée du voyage.
- Régime annuel voyages multiples :** Fournit une protection pour un nombre illimité de voyages, à l'extérieur du Canada, de la durée que vous avez choisie. Avec ce Régime, vous êtes couvert pendant un nombre illimité de jours lorsque vous voyagez au Canada (mais en dehors de votre province ou territoire de résidence). Vous devez rentrer dans votre province ou territoire de résidence ou au Canada entre chaque voyage.
- Régime Canada :** Fournit une protection pour un seul voyage effectué en dehors de votre province ou territoire de résidence **mais au Canada** pour toute la durée du voyage. Les taux sont très abordables et il n'y a pas de franchise. Veuillez consulter le tableau des primes pour plus de précisions.
- Régime sans tarification des risques médicaux :** Fournit une protection pour un seul voyage effectué en dehors de votre province ou territoire de résidence, pendant une période maximale de 15 jours. Régime offert aux proposants de 60 ans ou plus.
- Régime annuel supplémentaire voyages multiples 40 jours pour les participants du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) :** Augmentez votre couverture de 500 000 \$ à 10 millions \$ CA et bénéficiez de l'assurance annulation, interruption ou retard du voyage jusqu'à concurrence de 4 000 \$ CA. Vous bénéficiez aussi de garanties non offertes par le RSSFP, notamment le retour du véhicule ou le soulagement d'urgence d'une douleur dentaire sans franchise. Il n'y a aucun questionnaire médical. Veuillez lire l'exclusion pour problèmes de santé préexistants dans la police.

### DÉFINITIONS

Les termes qui sont suivis d'un chiffre de 1 à 5 dans la présente proposition sont définis ci-dessous.

- Traitement/Traitement médical/traité** – Tout acte médical, thérapeutique ou diagnostique qui est prescrit, posé ou recommandé par le médecin, y compris mais non exclusivement l'hospitalisation, la prescription de médicaments (incluant ceux à prendre au besoin), les tests à des fins d'investigation, les interventions chirurgicales ou tout autre traitement<sup>1</sup> directement lié à une maladie, une blessure ou un symptôme.
- Stable** – Un problème de santé<sup>4</sup> est stable<sup>2</sup> si tous les énoncés ci-dessous s'appliquent :
  - aucun nouveau symptôme n'est apparu;
  - les symptômes existants ne sont ni plus fréquents ni plus marqués;
  - le médecin n'a pas établi que le problème de santé<sup>4</sup> s'était aggravé;
  - aucun résultat de test n'indique une aggravation possible du problème de santé<sup>4</sup>;
  - aucun nouveau médicament ou changement de médicament<sup>5</sup> n'a été fourni, prescrit ou recommandé par un médecin;
  - aucun nouveau traitement<sup>1</sup> ou changement de traitement<sup>1</sup> n'a été dispensé, prescrit ou recommandé par un médecin;
  - il n'y avait aucune admission à l'hôpital ou à une clinique spécialisée;
  - aucun médecin n'a recommandé qu'un spécialiste soit consulté ou que des tests supplémentaires soient effectués, et il n'y a pas de résultats de test en attente.
- Affection bénigne** – Maladie ou blessure qui n'exige pas la prise de médicaments pendant plus de 14 jours, plus d'une consultation de suivi auprès d'un médecin, une hospitalisation, une intervention chirurgicale ni la consultation d'un spécialiste et qui prend fin au moins 30 jours consécutifs avant la date de départ de chaque voyage. Toutefois, un état chronique ou les complications qui en découlent ne sont pas considérés comme une affection bénigne<sup>3</sup>.
- Problème de santé** – Blessure, maladie ou symptôme; complications de la grossesse durant les trente et une (31) premières semaines de grossesse; troubles mentaux ou affectifs nécessitant l'admission à l'hôpital ou psychose aiguë.
- Changement de médication** – Diminution ou augmentation de la dose ou de la fréquence d'utilisation d'un médicament, arrêt d'un médicament et/ou prescription d'un nouveau médicament. **Exceptions :** le rajustement périodique du Coumadin, de la warfarine ou de l'insuline (à condition que ce médicament ne soit pas une nouvelle ordonnance ou que vous n'avez pas cessé de le prendre) lorsqu'aucun changement n'est survenu dans votre problème de santé<sup>4</sup>; et le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique dont la posologie est la même.

## ADMISSIBILITÉ

1. Vous devez remplir les conditions d'admissibilité suivantes :
  - a) Le proposant doit être un résident canadien couvert par le régime public d'assurance maladie de sa province ou de son territoire de résidence au Canada pour toute la durée du voyage.
  - b) Vous n'avez pas été conseillé par un médecin de ne pas voyager pour le moment.
  - c) Vous n'êtes pas atteint d'une maladie en phase terminale pour laquelle un médecin aurait estimé votre espérance de vie de à moins de six mois.
  - d) Vous n'êtes pas atteint d'un cancer métastatique (c.-à-d. un cancer qui s'est propagé de son foyer initial à une autre partie du corps).
  - e) Vous n'avez pas besoin de dialyse rénale.
  - f) Au cours des 12 derniers mois, vous n'avez pas utilisé de l'oxygène à domicile ou on ne vous en pas prescrit.
  - g) Vous n'avez pas reçu une greffe de moelle osseuse, de cellules souches ou d'organe (sauf une greffe de cornée).
2. Si vous faites la demande pour le **Régime sans soins médicaux**, les conditions d'admissibilité suivantes s'appliquent également :
  - a) Vous devez voyager pour 365 jours ou moins.
  - b) L'assurance doit :
    - i. être établie au Canada pour des préparatifs de voyage faits par un fournisseur de services de voyage et pour toute la durée du voyage assuré;
    - ii. être établie pour le plein montant de la partie non remboursable du coût du voyage assuré;
    - iii. être souscrite dans les sept jours du dépôt initial effectué pour le voyage assuré ou avant l'application de tous frais d'annulation du voyage assuré; et
    - iv. être souscrite avant la date de départ contractuelle.
  - c) La présente police n'engage la responsabilité de l'assureur que si, lors de la proposition :
    - i. Vous n'étiez au courant d'aucune raison qui pourrait vous obliger ou obligé un membre de votre famille immédiate, de votre compagnon de voyage ou d'un membre sa famille immédiate à recevoir des soins médicaux;
    - ii. Vous ou vos (votres) compagnon(s) de voyage sont jugés aptes à entreprendre et à faire en entier le voyage assuré tel qu'il a été réservé.

Si la valeur de votre voyage assuré est supérieure à 20 000 \$, vous devez obtenir l'approbation préalable de TMG.

Nota : Si la présente assurance est souscrite autrement que de la manière décrite dans la présente section, la police est nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur se limite au remboursement des primes payées.

ÉTAPE 1 — DÉCLARATION MÉDICALE (proposants de 60 ans ou plus)					
PARTIE 1 – Conditions médicales d'admissibilité – Puis-je souscrire l'assurance?		Proposant 1		Proposant 2	
1.	Un médecin vous a-t-il conseillé de ne pas voyager pour le moment?	OUI	NON	OUI	NON
2.	Avez-vous une maladie en phase terminale pour laquelle un médecin a estimé votre espérance de vie à moins <b>six mois</b> ?	OUI	NON	OUI	NON
3.	Avez-vous un cancer métastatique (c.-à-d. un cancer qui s'est propagé de son foyer initial à une autre partie du corps)?	OUI	NON	OUI	NON
4.	Avez-vous besoin de dialyse rénale?	OUI	NON	OUI	NON
5.	Avez-vous été prescrit ou avez-vous utilisé de l'oxygène à domicile au cours des <b>12 derniers mois</b> ?	OUI	NON	OUI	NON
6.	Avez-vous reçu une greffe de moelle osseuse, de cellules souches ou d'organe (sauf une greffe de cornée)?	OUI	NON	OUI	NON
IMPORTANT : Si vous avez répondu <b>OUI</b> à <b>N'IMPORTE LAQUELLE</b> des questions de la PARTIE 1, vous n'êtes pas admissible à l'assurance.					
PARTIE 2 – Conditions d'admissibilité du régime – Quelle assurance puis-je souscrire?		Proposant 1		Proposant 2	
Au cours des <b>24 mois</b> précédant votre date de départ :					
7.	a) avez-vous reçu un diagnostic d'insuffisance cardiaque ou un traitement <sup>1</sup> pour cette maladie?	OUI	NON	OUI	NON
	b) vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris du Lasix ou de la furosémide pour quelque raison que ce soit?	OUI	NON	OUI	NON
Au cours des <b>12 mois</b> précédant votre date de départ, avez-vous :					
8.	a) reçu un nouveau diagnostic de maladie cardiaque ou été hospitalisé pour une nouvelle maladie cardiaque, ou avez-vous souffert d'une maladie cardiaque préexistante qui a exigé une hospitalisation ou un changement de médication <sup>5</sup> (voir l'alinéa 2b de la définition de « Stable <sup>2</sup> »)?	OUI	NON	OUI	NON
	b) souffert d'une maladie pulmonaire (y compris une pneumonie) qui a exigé une hospitalisation ou un traitement <sup>1</sup> au Prednisone (Deltasone ou autres médicaments génériques)?	OUI	NON	OUI	NON
	c) reçu un diagnostic ou subi un traitement <sup>1</sup> pour <b>au moins 3</b> des problèmes de santé suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• problème cardiaque (y compris un stimulateur cardiaque)</li> <li>• diabète (sauf un diabète contrôlé par l'alimentation)</li> <li>• hypertension</li> <li>• démence/maladie d'Alzheimer</li> <li>• accident vasculaire cérébral (AVC) / mini-AVC/accident ischémique transitoire (AIT)</li> <li>• maladie pulmonaire (y compris tout aérosol-doseur/inhalateur prescrit), sauf les affections bénignes<sup>3</sup></li> </ul>	OUI	NON	OUI	NON
Si vous avez répondu <b>OUI</b> à <b>N'IMPORTE LAQUELLE</b> des questions de la PARTIE 2, vous devrez souscrire une autre assurance. <b>Composez le 1 866 991-9104, sans frais, afin de discuter des options qui s'offrent à vous.</b> Si vous avez répondu <b>NON</b> à <b>TOUTES</b> les questions de la PARTIE 2, veuillez passer à la PARTIE 3.					

DÉTERMINATION DE LA CATÉGORIE DE TAUX – À quelle catégorie de taux ai-je droit?					
USAGE DU TABAC		Proposant 1		Proposant 2	
	Au cours des <b>5 années</b> précédant votre départ, avez-vous fumé des cigarettes?	OUI	NON	OUI	NON
Si vous avez répondu <b>OUI</b> à la question <b>USAGE DU TABAC</b> , vous devez ajouter 10% à la ligne 3 de la ÉTAPE 5. Si vous avez répondu <b>NON</b> , n'ajoutez pas 10% à la ligne 3 de la ÉTAPE 5.					
PARTIE 3		Proposant 1		Proposant 2	
9.	Avez-vous subi un pontage coronarien, une angioplastie ou une chirurgie valvulaire plus de <b>10 ans</b> avant la date de départ? (Basez-vous sur la date de l'intervention la plus récente.)	OUI	NON	OUI	NON
10.	Au cours des <b>12 mois</b> précédant votre date de départ, vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris <b>cinq médicaments ou plus</b> pour un ou plusieurs des problèmes de santé suivants? : <ul style="list-style-type: none"> <li>• problème cardiaque (y compris un stimulateur cardiaque)</li> <li>• hypertension</li> <li>• accident vasculaire cérébral (AVC) / mini-AVC/accident transitoire (AIT)</li> <li>• diabète (traité<sup>1</sup> au moyen de médicaments oraux ou d'insuline)</li> <li>• maladie pulmonaire (y compris tout aérosol-doseur/inhalateur prescrit), sauf les affections bénignes<sup>3</sup></li> </ul>	OUI	NON	OUI	NON
Si vous avez répondu <b>OUI</b> à <b>N'IMPORTE LAQUELLE</b> des questions de la PARTIE 3, vous avez droit à la <b>catégorie de taux 1</b> . Si vous avez répondu <b>NON</b> à <b>TOUTES</b> les questions de la PARTIE 3, vous devez répondre aux questions de la PARTIE 4.					
PARTIE 4		Proposant 1		Proposant 2	
11.	Avez-vous reçu un diagnostic ou un traitement <sup>1</sup> pour un problème cardiaque (y compris un stimulateur cardiaque) au cours des <b>10 ans</b> précédant votre date de départ?	OUI	NON	OUI	NON
12.	Avez-vous reçu un diagnostic ou un traitement <sup>1</sup> pour n'importe lequel des problèmes de santé suivants au cours des 5 ans précédant votre date de départ?				
	a) problème pulmonaire (y compris toute ordonnance d'aérosol-doseur/inhalateur), sauf des affections bénignes <sup>3</sup>	OUI	NON	OUI	NON
	b) accident vasculaire cérébral (AVC) / mini-AVC/accident ischémique transitoire (AIT)	OUI	NON	OUI	NON
	c) diabète (traité <sup>1</sup> au moyen de médicaments oraux ou d'insuline)	OUI	NON	OUI	NON
	d) rétrécissement ou obstruction d'artères coronaires ou maladie vasculaire périphérique	OUI	NON	OUI	NON
	e) démence/maladie d'Alzheimer	OUI	NON	OUI	NON
Si vous avez répondu <b>OUI</b> à <b>au moins deux</b> questions de la PARTIE 4, vous avez droit à la <b>catégorie de taux 1</b> . Si vous avez répondu <b>OUI</b> à n'importe laquelle des questions de la PARTIE 4, vous avez droit à la <b>catégorie de taux 2</b> . Si vous avez répondu <b>NON</b> à <b>TOUTES</b> les questions de la PARTIE 4, vous devez répondre à la question de la PARTIE 5.					
PARTIE 5		Proposant 1		Proposant 2	
13.	Au cours des <b>12 mois</b> précédant votre date de départ, avez-vous reçu un diagnostic ou un traitement <sup>1</sup> pour le cancer (sauf un carcinome basocellulaire ou épithélioma spinocellulaire ou un cancer du sein traité <sup>1</sup> uniquement au moyen de tamoxifène, du Femara ou du Arimidex)?	OUI	NON	OUI	NON
Si vous avez répondu <b>OUI</b> à la question de la PARTIE 5, vous avez droit à la <b>catégorie de taux 2</b> . Si vous avez répondu <b>NON</b> à la question de la PARTIE 5, vous devez répondre aux questions de la PARTIE 6.					
PARTIE 6		Proposant 1		Proposant 2	
14.	Au cours des <b>5 ans</b> précédant votre date de départ, avez-vous reçu un diagnostic ou un traitement <sup>1</sup> pour un des problèmes de santé suivants?				
	a) trouble pancréatique	OUI	NON	OUI	NON
	b) trouble intestinal chronique (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, etc.)	OUI	NON	OUI	NON
	c) occlusion intestinale ou chirurgie intestinale	OUI	NON	OUI	NON
	d) saignement gastro-intestinal	OUI	NON	OUI	NON
	e) trouble rénal (y compris calculs rénaux)	OUI	NON	OUI	NON
	f) trouble de la vésicule biliaire (y compris des calculs)? (s'il y a eu ablation de la vésicule, répondre NON)	OUI	NON	OUI	NON
	g) trouble du foie	OUI	NON	OUI	NON
	h) anévrisme	OUI	NON	OUI	NON
	i) cancer (sauf un carcinome basocellulaire ou épithélioma spinocellulaire ou un cancer du sein traité <sup>1</sup> uniquement au moyen de tamoxifène, du Femara ou du Arimidex)	OUI	NON	OUI	NON
Si vous avez répondu <b>OUI</b> à <b>N'IMPORTE LAQUELLE</b> des questions de la PARTIE 6, vous avez droit à la <b>catégorie de taux 3</b> . Si vous avez répondu <b>NON</b> à <b>TOUTES</b> les questions de la PARTIE 6, vous devez répondre aux questions de la PARTIE 7.					

PARTIE 7		Proposant 1		Proposant 2	
15.	Avez-vous <b>déjà</b> reçu un diagnostic ou un traitement <sup>1</sup> pour un des problèmes de santé suivants? ci-dessous :				
	a) problème cardiaque (y compris un stimulateur cardiaque)	OUI	NON	OUI	NON
	b) trouble pulmonaire (y compris toute ordonnance d'aérosol-doseur/inhalateur), sauf des affections bénignes <sup>3</sup>	OUI	NON	OUI	NON
	c) accident vasculaire cérébral (AVC) / mini-AVC/accident ischémique transitoire (AIT)	OUI	NON	OUI	NON
	d) diabète (traité <sup>1</sup> au moyen de médicaments oraux ou d'insuline)	OUI	NON	OUI	NON
	e) rétrécissement ou obstruction d'artères coronaires ou maladie vasculaire périphérique	OUI	NON	OUI	NON
	f) démence/maladie d'Alzheimer	OUI	NON	OUI	NON
16.	Au cours des <b>12 mois</b> précédant votre date de départ, avez-vous reçu un diagnostic d'hypertension artérielle ou encore un traitement <sup>1</sup> pour hypertension artérielle?	OUI	NON	OUI	NON

Si vous avez répondu **OUI** à **N'IMPORTE LAQUELLE** des questions de la PARTIE 7, vous avez droit à la **catégorie de taux 4**.  
Si vous avez répondu **NON** à **TOUTES** les questions de la PARTIE 7, vous devez répondre aux questions de la PARTIE 8.

PARTIE 8		Proposant 1		Proposant 2	
17.	Au cours des <b>12 mois</b> précédant votre date de départ, avez-vous reçu un diagnostic de diabète traité <sup>1</sup> uniquement par l'alimentation ou encore un traitement <sup>1</sup> pour un tel diabète?	OUI	NON	OUI	NON
18.	Au cours des <b>12 mois</b> précédant votre date de départ, avez-vous reçu un diagnostic de taux élevé de cholestérol ou encore un traitement <sup>1</sup> pour taux élevé de cholestérol?	OUI	NON	OUI	NON
19.	Le dernier bilan de santé effectué par un médecin remonte-t-il à plus de <b>24 mois</b> ?	OUI	NON	OUI	NON

Si vous avez répondu **OUI** à **N'IMPORTE LAQUELLE** des questions de la PARTIE 8, vous avez droit à la **catégorie de taux 5**.  
Si vous avez répondu **NON** à **TOUTES** les questions de la PARTIE 8, vous avez droit à la **catégorie de taux 6**.

CRITÈRE RELATIF À LA STABILITÉ ET EXCLUSIONS POUR PROBLÈMES DE SANTÉ PRÉEXISTANTS		
Pour les régimes qui exigent une Déclaration médicale – Vous devez remplir la Déclaration médicale afin de déterminer la catégorie de taux à laquelle vous avez droit.		
Si vous avez droit à	Période de stabilité requise	Vos exclusions pour problèmes de santé préexistants
Catégorie de taux 1	365 jours (90 jours pour l'hypertension et 180 jours pour le cancer)	Exclusions 1, 2, 3 à la page 5
Catégorie de taux 2	365 jours (90 jours pour l'hypertension et 180 jours pour le cancer)	Exclusions 1, 2, 3 à la page 5
Catégorie de taux 3	180 jours (90 jours pour l'hypertension)	Exclusions 1, 2, 3 à la page 5
Catégorie de taux 4	180 jours (90 jours pour l'hypertension)	Exclusions 1, 2, 3 à la page 5
Catégorie de taux 5	90 jours	Exclusions 1, 2, 3 à la page 5
Catégorie de taux 6	90 jours	Exclusions 1, 2, 3 à la page 5
Pour les régimes qui n'exigent PAS de Déclaration médicale		
Si vous souscrivez	Période de stabilité requise	Vos exclusions pour problèmes de santé préexistants
Régime sans tarification des risques médicaux (de 60 à 75 ans)	90 jours	Exclusions 1, 2, 3 à la page 5
Régime sans tarification des risques médicaux (76 ans ou plus)	2 ans	Exclusion 4 à la page 5
Régime Canada	Sans objet	Sans objet
Régime supplémentaire 40 jours RSSFP	90 jours	Exclusions 1, 2, 3 à la page 5
Si les proposants ont 59 ans ou moins	180 jours (90 jours pour l'hypertension)	Exclusion 1 à la page 5
	365 jours	Exclusions 5 a), b) et d) à la page 5
	Toujours	Exclusion 5 c) à la page 5
Régime sans soins médicaux	90 jours	Exclusions 1, 2, 3 à la page 5

## EXCLUSIONS POUR PROBLÈMES DE SANTÉ PRÉEXISTANTS

La présente assurance ne couvre pas les pertes ni les frais résultant directement ou indirectement, en tout ou en partie, de ce qui suit :

- Tout problème de santé<sup>4</sup> (sauf une affection bénigne<sup>3</sup>) qui n'était pas stable<sup>2</sup> pendant la période de stabilité requise avant chaque date de départ\*.
- Votre affection cardiaque, si toute affection cardiaque n'était pas stable<sup>2</sup> pendant la période de stabilité requise avant chaque date de départ\*.
- Votre affection pulmonaire si :
  - toute affection pulmonaire n'était pas stable<sup>2</sup>; ou
  - vous avez reçu un traitement<sup>1</sup> d'oxygène à domicile ou avez pris des stéroïdes oraux (prednisone, par exemple) pour toute affection pulmonaire pendant la période de stabilité requise avant chaque date de départ\*.
- Tout problème de santé<sup>4</sup> (sauf une affection bénigne<sup>3</sup>) pour lequel vous avez été traité<sup>1</sup> ou avez reçu un traitement<sup>1</sup> pendant la période de stabilité requise avant chaque date de départ.
  - Toute** affection pulmonaire ayant exigé votre hospitalisation, l'usage d'oxygène à domicile ou un traitement<sup>1</sup> aux stéroïdes oraux (prednisone, par exemple) au cours des 365 jours précédant chaque date de départ;
  - Toute** affection cardiaque qui n'était pas stable<sup>2</sup> au cours des **365 jours** précédant chaque date de départ;
  - Une insuffisance cardiaque qui a été diagnostiquée ou pour laquelle vous avez reçu un traitement<sup>1</sup>; ou
  - Tout** état énuméré ci-après si vous avez reçu un diagnostic ou un traitement<sup>1</sup> pour **au moins trois des problèmes** ci-après, au cours des **365 jours** précédant chaque date de départ : affection cardiaque, affection pulmonaire, hypertension artérielle ou diabète (traitement<sup>1</sup> au moyen d'un médicament oral ou d'insuline).

\*date d'achat (et non date de départ) dans le cas du Régime sans soins médicaux.

ÉTAPE 2 — RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX							
PROPOSANT 1			PROPOSANT 2				
Nom de famille		Prénom		Nom de famille		Prénom	
Date de naissance (jj/mm/aa)		<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj/mm/aa)		<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme
N° de membre CARP		Expiration (jj/mm/aa)		N° de membre CARP		Expiration (jj/mm/aa)	
Adresse			Ville		Province		Code postal
Adresse électronique			Numéro de téléphone				

Si vous avez 59 ans ou moins et que vous demandez la couverture familiale, vous devez nous téléphoner pour souscrire l'assurance.

ÉTAPE 3 — RENSEIGNEMENTS SUR LES VOYAGES (Sélectionnez un régime d'assurance voyage)						
	PROPOSANT 1		PROPOSANT 2			
1. Régime annuel voyages multiples	<input type="checkbox"/> 9 jours	<input type="checkbox"/> 16 jours	<input type="checkbox"/> 30 jours	<input type="checkbox"/> 9 jours	<input type="checkbox"/> 16 jours	<input type="checkbox"/> 30 jours
	<input type="checkbox"/> 60 jours	<input type="checkbox"/> 40 jours	(régime supplémentaire RSSFP)	<input type="checkbox"/> 60 jours	<input type="checkbox"/> 40 jours	(régime supplémentaire RSSFP)
	Date d'effet *: (jj/mm/aa)			Date d'effet *: (jj/mm/aa)		
2. Régime quotidien voyage unique	Date de départ : (jj/mm/aa)			Date de départ : (jj/mm/aa)		
	Date d'effet *: (jj/mm/aa)			Date d'effet *: (jj/mm/aa)		
	Date d'expiration : (dd/mm/yy)			Date d'expiration : (dd/mm/yy)		
	<input type="checkbox"/> Voyage unique					
<input type="checkbox"/> Régime Canada						
<input type="checkbox"/> Régime sans tarification des risques médicaux						
<input type="checkbox"/> Régime sans soins médicaux						

**Date d'effet** : L'assurance prend effet à minuit une minute à la date d'effet que vous avez choisie.

\*Si vous souscrivez cette assurance pour compléter une couverture déjà en vigueur, la date d'effet sera le lendemain de l'expiration de l'assurance en vigueur.

Nom de l'assureur de l'assurance déjà en vigueur : \_\_\_\_\_ Nombre de jours : \_\_\_\_\_

**Date de départ** : Le jour où vous quittez le territoire de votre province ou territoire de résidence au Canada.

**Date d'expiration** : L'assurance prend fin à 23 h 59 à la date d'expiration que vous avez choisie.

ÉTAPE 4 — FRANCHISES (dollars américains) Vous pouvez modifier la prime en choisissant ci-dessous une franchise différente de la franchise par défaut de 200 \$. Ceci n'est offert qu'aux proposant de 60 ans ou plus.													
	PROPOSANT 1						PROPOSANT 2						
Options :	<input type="checkbox"/> 0 \$	<input type="checkbox"/> 200 \$	<input type="checkbox"/> 500 \$	<input type="checkbox"/> 1 000 \$	<input type="checkbox"/> 5 000 \$	<input type="checkbox"/> 10 000 \$	<input type="checkbox"/> 0 \$	<input type="checkbox"/> 200 \$	<input type="checkbox"/> 500 \$	<input type="checkbox"/> 1 000 \$	<input type="checkbox"/> 5 000 \$	<input type="checkbox"/> 10 000 \$	
Modification de la prime :	+10 %	0 %	-5 %	-10 %	-30 %	-45 %	+10 %	0 %	-5 %	-10 %	-30 %	-45 %	

ÉTAPE 5 — CALCUL DE LA PRIME ET MODE DE PAIEMENT (Consulter le tableau des primes)		Proposant 1	Proposant 2
1.	Prime du Régime annuel voyages multiples	\$	\$
2.	Prime du Régime quotidien voyage unique (dans le cas du Régime sans soins médicaux, voir la ligne 12) a) Durée totale du voyage b) Couverture existante, le cas échéant c) Jours de voyage couverts par le Régime quotidien voyage unique d) Taux de base du Régime quotidien voyage unique pour la durée totale du voyage indiquée à la ligne a) e) Total partiel c) x d)	a) _____ jours b) moins _____ jours c) = _____ jours d) \$ _____ e) \$ _____	a) _____ jours b) moins _____ jours c) = _____ jours d) \$ _____ e) \$ _____
3.	Total partiel + Prime annuelle : 1 + 2 e)	\$	\$
4.	Si vous avez fumé la cigarette au cours des cinq ans précédant votre date de départ, calculez 10 % du montant de la ligne 3 (ne s'applique pas si vous avez 59 ans ou moins, au Régime Canada ni au régime sans tarification)	\$	\$
5.	Options de franchise : ajoutez ou déduisez le % indiqué à l'Étape 4 (60 ans ou plus)	\$	\$
6.	Total partiel des lignes 3, 4 et 5	\$	\$
7.	Rabais des membres CARP : 5 % du montant de la ligne 6 pour chaque proposant (le cas échéant)	\$	\$
8.	Rabais pour le compagnon de voyage : 5 % du montant de la ligne 6 pour chaque proposant (le cas échéant)	\$	\$
9.	Rabais « vert » : 1 % du montant de la ligne 6 pour chaque proposant (le cas échéant)	\$	\$
10.	Total partiel : additionnez les lignes 7, 8 et 9 puis soustrayez la ligne 6	\$	\$
11.	Si vous complétez l'assurance d'un autre assureur, ajoutez un supplément de 15 \$.	\$	\$
12.	Prime du Régime sans soins médicaux (le cas échéant) a) Valeur du voyage (arrondie au multiple supérieur de 100 \$) b) Valeur du voyage divisée par 100 c) Prime = b) x taux selon le Guide des taux d) Taxe de vente provinciale (Ontario 8 %, Québec 9 %) de c) e) Total partiel c) + d)	a) \$ _____ b) \$ _____ c) \$ _____ d) \$ _____ e) \$ _____	a) \$ _____ b) \$ _____ c) \$ _____ d) \$ _____ e) \$ _____
13.	PRIME TOTALE (10 + 11+12e) La prime minimale est de 15 \$ par police.	\$	\$
14.	Frais d'administration : ajouter 15\$ par proposant. <i>Aucuns frais d'administration si vous souscrivez l'assurance en ligne au <a href="http://www.carpinsurance.ca">www.carpinsurance.ca</a> (site offert seulement en anglais)</i>	\$	\$
Paiement total effectué pour le proposant 1 et le proposant 2		\$	
Mode de paiement : <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Chèque (à l'ordre de CanAm Insurance)			
Numéro de la carte		Expiration (mm/aa)	Signature du titulaire
			Date (jj/mm/aa)

### CONVENTION RELATIVE À LA DÉCLARATION MÉDICALE

**Vous devez lire chaque déclaration ci-dessous et en saisir l'importance avant d'apposer votre signature.**

- **UNE EXCLUSION POUR PROBLÈMES DE SANTÉ PRÉEXISTANTS** peut s'appliquer aux affections ou symptômes qui existaient avant mon voyage. Il est entendu que toute affection dont je souffre, y compris celles que j'ai déclarées dans la présente Déclaration médicale, sera assujettie à l'exclusion pour problèmes de santé préexistants du régime auquel je suis admissible. Je dois me reporter à la police et à la section ci-dessus pour connaître la clause d'exclusion pour problèmes de santé préexistants.
- J'ai répondu moi-même aux questions de la présente Déclaration médicale, le cas échéant, et tous les renseignements fournis sont véridiques et exacts. En cas de maladie ou de blessure, l'assureur examinera mes antécédents médicaux et mes réponses. Il est entendu que si je présente une demande de règlement et que n'importe laquelle de mes réponses est inexacte, l'assureur annulera ma police et rejettera ma demande de règlement. Il est entendu que les réponses fournies dans la Déclaration médicale sont déterminantes pour l'évaluation du risque et qu'elles constituent le fondement de mon assurance. Lorsque je n'étais pas sûr de la réponse à une question, j'ai vérifié mes antécédents médicaux auprès de mon médecin.
- Je comprends que je dois appeler ACM pour obtenir son autorisation préalable avant de recevoir des soins médicaux en cas de sinistre ou d'urgence médicale. Le numéro sans frais à composer figure sur ma carte d'assurance et dans ma police.
- Autorisation médicale en cas de sinistre – Je comprends que Manuvie et ACM sont autorisées à enquêter sur ma demande de règlement. En signant la présente Déclaration médicale, j'autorise aussi tout médecin, professionnel de la santé, hôpital ou autre établissement de soins médicaux, pharmacie, le ministère de la Santé ou toute autre personne qui m'a donné des soins et examiné ou qui détient des renseignements ou des dossiers me concernant ou concernant mon état de santé à fournir à Manuvie et à ACM tous renseignements sur ma maladie, ma blessure, mes antécédents médicaux, mes consultations, mes médicaments ou traitements, et des copies de tous dossiers médicaux ou hospitaliers afin de leur permettre d'examiner ma demande de règlement. Par la présente, je consens à ce que l'assureur, ses agents et administrateurs, ainsi que le Groupe McLennan (TMG), l'Association canadienne des retraités (CARP) et Assurance CanAm (CanAm) utilisent aux fins susmentionnées mes renseignements personnels et médicaux qui figurent dans la présente et dans tous les documents et renseignements fournis relativement à ma ou mes polices d'assurance. Ces parties peuvent se communiquer l'une à l'autre mes renseignements personnels et médicaux aux fins mentionnées ci-dessus.

<b>PROPOSANT 1</b>	Caractères d'imprimerie (prénom et nom)	Signature	Date (jj/mm/aa)
<b>PROPOSANT 2</b>	Caractères d'imprimerie (prénom et nom)	Signature	Date (jj/mm/aa)

Nous recueillons vos renseignements personnels dans le but de vous fournir des services d'assurance, d'analyser les demandes de règlement et de traiter les paiements. Les renseignements concernant l'administration des garanties au titre du régime peuvent être communiqués à des tiers qui y ont accès, notamment Le Groupe D'Assurance Vie McLennan Inc. ou les personnes autorisées en vertu de la loi. Nous créons un dossier où figureront les renseignements demandés dans le présent formulaire afin de traiter votre adhésion et de vous offrir des services d'assurance. Votre consentement quant à l'utilisation des renseignements personnels obtenus dans le cadre de la création de ce dossier afin de vous offrir des produits et services additionnels recommandés par CARP est facultatif. Veuillez composer le 1 866 943-5997 si vous ne souhaitez pas que nous utilisions ces renseignements à cette fin ou si vous voulez obtenir une copie de notre politique de confidentialité.