

# Proposition

## Assurance voyage Travel Choice 1



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

1. **Si vous avez 55 ans ou plus et souscrivez une assurance soins médicaux d'urgence**, vous devez remplir la Déclaration médicale à l'ÉTAPE 1 et répondre à toutes les questions afin de déterminer le type de régime auquel vous êtes admissible. Si votre voyage doit durer moins de 15 jours, vous pouvez souscrire le Régime sans tarification des risques médicaux. Veuillez vous reporter à la section Admissibilité ci-dessous. **Tous les autres proposants** doivent consulter la section Admissibilité ci-dessous. Si vous êtes admissible, lisez la section Critère relatif à la stabilité à la page 4, puis répondez aux questions des ÉTAPES 2 à 5.
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 médical change ou ne demeure pas stable<sup>2</sup> après la souscription de l'assurance, il est possible que vous n'ayez pas droit à indemnisation au titre de la police si vous présentez une demande de règlement relativement à ce problème médical.

### RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉGIMES

1. **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.
2. **Régime annuel voyages multiples** : Fournit une protection pour un nombre illimité de voyages de la durée que vous avez choisie. 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.
3. **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.
4. **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 55 ans ou plus.
5. **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 5 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.

1. **Traitement** Tout acte médical, thérapeutique ou diagnostique qui est prescrit, posé ou recommandé par un médecin, y compris mais pas exclusivement l'hospitalisation, la prescription de médicaments (y compris les médicaments à prendre au besoin), les tests à des fins d'investigation, les intervention chirurgicales ou tout autre traitement directement lié à une maladie, une blessure ou un symptôme.
2. **Stable** Tout problème de santé (sauf une affection bénigne<sup>3</sup>) qui :
  - a) n'a pas fait l'objet d'un nouveau diagnostic ou traitement<sup>1</sup>;
  - b) n'a pas fait l'objet d'un changement de traitement<sup>1</sup> quant à sa fréquence ou à son type, ni d'un changement de médication, notamment en ce qui concerne la dose, la fréquence d'utilisation ou le type de médicament. Exceptions : le rajustement périodique du Coumadin, de la Warfarine, de l'insuline ou d'un médicament oral servant à contrôler le diabète (à condition que ce médicament ne soit pas une nouvelle ordonnance ou que vous n'ayez pas cessé de le prendre) et le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique dont la posologie est la même;
  - c) ne présente aucun nouveau symptôme et dont les symptômes existants ne sont ni plus fréquents ni plus graves;
  - d) ne s'est pas détérioré, selon les résultats des tests subis;
  - e) n'a pas nécessité une hospitalisation ni la consultation d'un spécialiste (effective ou recommandée) et pour lequel vous n'attendez pas les résultats d'une investigation plus poussée.
3. **Affection bénigne** Maladie ou blessure qui n'exige pas la prise de médicaments pendant plus de 14 jours, plus d'une consultation de suivi du médecin, une hospitalisation, une intervention chirurgicale ni la consultation d'un spécialiste et qui prend fin au moins 30 jours avant la date de votre départ. Toutefois, un état chronique ou les complications qui en découlent, ou un état qui nécessite des soins de longue durée, ne sont pas considérés comme une affection bénigne<sup>3</sup>.
4. **Voyage assuré** Voyage que vous vous êtes engagé à faire par contrat, que vous avez payé à l'avance et pour lequel une prime d'assurance a été payée en entier afin de couvrir toute la partie des frais non remboursables.
5. **Fournisseur de services de voyage** Agent de voyage, organisateur de voyages, grossiste en voyages, transporteur aérien, croisiériste, transporteur terrestre ou fournisseur d'hébergement qui est légalement autorisé à vendre des services de voyage au grand public.

## ADMISSIBILITÉ

- Le proposant doit remplir les conditions d'admissibilité suivantes :
  - 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.
  - Le proposant ne doit PAS voyager contre l'avis du médecin ni avoir reçu un diagnostic de maladie en phase terminale ou de cancer métastatique. Par maladie en phase terminale, on entend un problème de santé qui, selon l'opinion du médecin, indique une espérance de vie de moins de six mois, ou pour lequel des soins palliatifs ont été reçus.
  - Le proposant ne doit PAS souffrir d'une maladie rénale nécessitant la dialyse.
- Si le proposant présente une proposition pour le **Régime sans tarification des risques médicaux**, les conditions d'admissibilité suivantes s'appliquent également :
  - Le proposant ne doit PAS avoir utilisé d'oxygène à domicile au cours des 12 mois précédant sa date de départ, ni avoir reçu d'ordonnance à cet effet.
  - Le proposant ne doit JAMAIS avoir reçu un diagnostic de SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) ni de VIH (virus de l'immunodéficience humaine).
- Si le proposant présente une proposition pour l'**Assurance voyage sans soins médicaux**, les conditions d'admissibilité suivantes s'appliquent également :
  - Le proposant doit faire un voyage assuré<sup>4</sup> de 365 jours ou moins.
  - L'assurance doit :
    - être établie au Canada pour des préparatifs de voyage faits par un fournisseur de services de voyage<sup>5</sup> et pour toute la durée du voyage assuré<sup>4</sup>;
    - être établie pour le plein montant de la partie non remboursable du coût du voyage assuré<sup>4</sup>;
    - être souscrite dans les sept jours du dépôt initial effectué pour le voyage assuré<sup>4</sup> ou avant l'application de tous frais d'annulation du voyage assuré<sup>4</sup>; et
    - être souscrite avant la date de départ contractuelle.
  - La présente police n'engage la responsabilité de l'assureur que si, lors de la proposition :
    - Le proposant n'est au courant d'aucune raison l'obligeant lui, un membre de sa famille immédiate, un compagnon de voyage ou un membre de la famille immédiate d'un compagnon de voyage à recevoir des soins médicaux;
    - Le proposant et son ou ses compagnons de voyage sont jugés aptes à entreprendre et à faire en entier le voyage assuré<sup>4</sup> tel qu'il a été réservé.

Si la valeur de votre voyage assuré<sup>4</sup> 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 55 ans ou plus)

Partie 1 – Conditions médicales d'admissibilité – Puis-je souscrire l'assurance?		Proposant 1		Proposant 2	
1.	Est-ce que vous voyagez contre l'avis du médecin ou est-ce que vous avez reçu un diagnostic de maladie en phase terminale ou de cancer métastatique? Par maladie en phase terminale, on entend un problème de santé qui, selon l'opinion du médecin, indique une espérance de vie de moins de six mois, ou pour lequel des soins palliatifs ont été reçus.	OUI	NON	OUI	NON
2.	Avez-vous une maladie rénale qui exige un traitement de dialyse?	OUI	NON	OUI	NON
3.	Au cours des <b>12 mois</b> précédant votre date de départ, vous a-t-on prescrit ou avez-vous utilisé de l'oxygène à domicile?	OUI	NON	OUI	NON
4.	Avez-vous <b>déjà</b> reçu un diagnostic de SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) ou de VIH (virus de l'immunodéficience humaine)?	OUI	NON	OUI	NON
5.	Avez-vous <b>déjà</b> eu une greffe d'organe (sauf une greffe de cornée) ou de moelle osseuse?	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 <b>pas</b> admissible à l'assurance.					
Partie 2 – Conditions d'admissibilité du régime – Quelle assurance puis-je souscrire?		Proposant 1		Proposant 2	
6.	Au cours des <b>24 mois</b> précédant votre date de départ :				
	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
7.	Au cours des <b>12 mois</b> précédant votre date de départ, avez-vous :				
	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 (voir l'alinéa 2b de la définition de « Stable »)?	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>• rétrécissement ou obstruction d'artères coronaires ou maladie vasculaire périphérique</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. Composez le 1 866 943 - 5997, sans frais, afin de discuter des options qui s'offrent à vous.					
Si vous avez répondu <b>NON</b> à <b>TOUTES</b> les questions de la Partie 2, veuillez passer à la Partie 3.					

<b>DÉTERMINATION DE LA CATÉGORIE DE TAUX - À quelle catégorie de taux ai-je droit?</b>					
<b>Partie 3</b>		<b>Proposant 1</b>		<b>Proposant 2</b>	
8.	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
9.	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 une ou plusieurs des affections suivantes : <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 ischémique transitoire (AIT)</li> <li>• diabète (traité 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.					
<b>Partie 4</b>		<b>Proposant 1</b>		<b>Proposant 2</b>	
10.	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
11.	Avez-vous reçu un diagnostic ou un traitement <sup>1</sup> pour n'importe laquelle des affections suivantes au cours des <b>5 ans</b> 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 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
	f) hypertension artérielle et l'un des problèmes de santé suivants : • problème cardiaque • affection pulmonaire • accident vasculaire cérébral (AVC) / mini-AVC/accident ischémique transitoire (AIT)?	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 <b>n'importe quelle</b> question 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.					
<b>Partie 5</b>		<b>Proposant 1</b>		<b>Proposant 2</b>	
12.	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 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.					
<b>Partie 6</b>		<b>Proposant 1</b>		<b>Proposant 2</b>	
13.	Au cours des <b>5 ans</b> précédant votre date de départ, avez-vous reçu un diagnostic ou un traitement <sup>1</sup> pour une des maladies suivantes :				
	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 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
14.	Avez-vous <b>déjà</b> reçu un diagnostic ou un traitement <sup>1</sup> pour une des maladies ci-dessous :		
	a) problème cardiaque (y compris un stimulateur cardiaque)?	OUI	NON
	b) trouble pulmonaire (y compris toute ordonnance d'aérosol-doseur/inhalateur), sauf des affections bénignes <sup>3</sup> ?	OUI	NON
	c) accident vasculaire cérébral (AVC) / mini-AVC/accident ischémique transitoire (AIT)?	OUI	NON
	d) diabète (traité au moyen de médicaments oraux ou d'insuline)?	OUI	NON
	e) rétrécissement ou obstruction d'artères coronaires ou maladie vasculaire périphérique?	OUI	NON
	f) démence/maladie d'Alzheimer?	OUI	NON
	g) hypertension artérielle et l'un des problèmes de santé suivants : • problème cardiaque • affection pulmonaire • accident vasculaire cérébral (AVC) / mini-AVC/accident ischémique transitoire (AIT)?	OUI	NON
15.	Au cours des <b>5 ans</b> précédant votre date de départ, avez-vous fumé la cigarette?	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
17.	Le dernier bilan de santé effectué par un médecin remonte-t-il à plus de <b>24 mois</b> ?	OUI	NON
Si vous avez répondu <b>OUI à N'IMPORTE LAQUELLE</b> question de la Partie 7, vous avez droit à la <b>catégorie de taux 4</b> . Si vous avez répondu <b>NON à TOUTES les</b> questions de la Partie 7, vous devez répondre aux questions de la Partie 8.			
Partie 8		Proposant 1	Proposant 2
18.	Au cours des <b>12 mois</b> précédant votre date de départ, avez-vous reçu un diagnostic de diabète traité uniquement par l'alimentation ou encore un traitement <sup>1</sup> pour un tel diabète?	OUI	NON
19.	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
20.	Avez-vous <b>déjà</b> reçu un diagnostic ou un traitement <sup>1</sup> pour n'importe laquelle des maladies suivantes :		
	a) trouble pancréatique?	OUI	NON
	b) trouble intestinal chronique (maladie de Crohn's, colite ulcéreuse, etc.)?	OUI	NON
	c) occlusion intestinale ou chirurgie intestinale?	OUI	NON
	d) saignement gastro-intestinal?	OUI	NON
	e) trouble rénal (y compris calculs rénaux)?	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
	g) trouble du foie?	OUI	NON
	h) anévrisme?	OUI	NON
	i) cancer (sauf un carcinome basocellulaire ou épithélioma spinocellulaire ou un cancer du sein traité uniquement au moyen de tamoxifène, du Femara ou du Arimidex)?	OUI	NON
Si vous avez répondu <b>OUI à N'IMPORTE LAQUELLE</b> des questions de la Partie 8, vous avez droit à la <b>catégorie de taux 5</b> . Si vous avez répondu <b>NON à TOUTES les</b> questions de la Partie 8, vous avez droit à la <b>catégorie de taux 6</b> .			

### 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	Exclusion 4 à la page 5
Catégorie de taux 6	90 jours	Exclusion 4 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 55 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 54 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 56
----------------------------	----------	---------------------------------

### 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 :

1. Une maladie, une blessure ou un problème de santé (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\*.
2. Toute affection cardiaque qui n'était pas stable<sup>2</sup> pendant la période de stabilité requise avant chaque date de départ\*.
3. Toute affection pulmonaire si :
  - a) elle n'était pas stable<sup>2</sup>; ou
  - b) 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\*.
4. Une maladie, une blessure ou un problème de santé (sauf une affection bénigne<sup>3</sup>) pour lequel vous avez été hospitalisé, des médicaments vous ont été prescrits (y compris les médicaments à prendre au besoin), vous avez pris des médicaments ou avez subi une procédure médicale ou une intervention chirurgicale pendant la période de stabilité requise avant chaque date de départ.
5. a) **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;
  - b) **Toute** affection cardiaque qui n'était pas stable<sup>2</sup> au cours des **365 jours** précédant chaque date de départ;
  - c) Une insuffisance cardiaque qui a été diagnostiquée ou pour laquelle vous avez reçu un traitement<sup>1</sup>; ou
  - d) **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 54 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
<b>1. Régime annuel voyages multiples</b>	<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"/> 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)
	Date d'effet * : (jj/mm/aa)	Date d'effet * : (jj/mm/aa)
<b>2. Régime quotidien voyage unique</b> <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 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)

**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 postulants de 55 ans ou plus qui souscrivent le Régime quotidien voyage unique.

	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	a) _____ jours	a) _____ jours	
b) Couverture existante, le cas échéant	b) moins _____ jours	b) moins _____ jours	
c) Jours de voyage couverts par le Régime quotidien voyage unique	c) = _____ jours	c) = _____ jours	
d) Taux de base du Régime quotidien voyage unique pour la durée totale du voyage indiquée à la ligne a)	d) _____ \$	d) _____ \$	
e) Total partiel c) x d)	e) _____ \$	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 54 ans ou moins, au Régime Canada ni au régime sans tarification)	\$	\$	
5. Options de franchise : ajoutez ou déduisez le % indiqué à l'Étape 4 (55 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 postulant (le cas échéant)	\$	\$	
8. Rabais pour le compagnon de voyage : 5 % du montant de la ligne 6 pour chaque postulant (le cas échéant)	\$	\$	
9. Rabais « vert » : 1 % du montant de la ligne 6 pour chaque postulant (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 20 \$.	\$	\$	
12. Prime du Régime sans soins médicaux (le cas échéant)			
a) Valeur du voyage (arrondie au multiple supérieur de 100 \$)	a) _____ \$	a) _____ \$	
b) Valeur du voyage divisée par 100	b) _____ \$	b) _____ \$	
c) Prime = b) x taux selon le Guide des taux	c) _____ \$	c) _____ \$	
d) Taxe de vente provinciale (Ontario 8 %, Québec 7,5 % de c)	d) _____ \$	d) _____ \$	
e) Total partiel c) + d)	e) _____ \$	e) _____ \$	
13. PRIME TOTALE (10 + 11+12 <sup>e</sup> ) La prime minimale est de 15 \$ par police.	\$	\$	
14. Frais d'administration : ajouter 15\$ par postulant. 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)	\$	\$	
<b>Paiement total</b> effectué pour le postulant 1 et le postulant 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 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière 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 la Financière 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 créerons 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.

La présente assurance est établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et administrée par Assurance CanAm. Les services d'assistance et de règlement sont offerts par Active Care Management.