

Travel Choice 2

QUESTIONNAIRE MÉDICAL ET PROPOSITION POUR LES CANADIENS EN VOYAGE

Instructions

Les questions d'ordre médical nous aident à établir votre admissibilité à l'assurance ainsi que le taux de prime applicable.

1. Si vous avez moins de 60 ans et que vous remplissez les conditions d'admissibilité indiquées à la section A, étape 1, remplissez la section A, étape 2 et la section B.
2. Tous les autres proposants doivent remplir le questionnaire médical à la partie A pour souscrire la présente assurance. Si vous ne savez pas quoi répondre à certaines questions médicales, veuillez consulter votre médecin avant de remplir le présent questionnaire médical.
3. Les propositions doivent être remplies avant la date d'effet de l'assurance.

Description des régimes

Soins médicaux d'urgence – Voyage unique : Ce régime procure une couverture pour un seul voyage à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence.

Soins médicaux d'urgence – Voyages multiples : Ce régime procure une couverture pour un nombre illimité de voyages de la durée que vous choisissez (4, 10, 18, 30 ou 60 jours). Vous devez revenir dans votre province ou territoire de résidence ou au Canada après chaque voyage. Le régime Voyages multiples vous couvre durant un nombre illimité de voyages au Canada (mais à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence).

Soins médicaux d'urgence – Voyage au Canada : Ce régime procure une couverture pour un seul voyage au Canada, à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence.

Définitions

Nous avons mis certains mots en italiques afin d'attirer votre attention sur leur sens. Veuillez vous reporter à leur définition lorsque vous remplirez le questionnaire médical.

Changement de médication – Diminution ou augmentation de la posologie ou de la fréquence d'un médicament, changement du type de médicament ou arrêt d'un médicament, 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'ayez pas cessé de le prendre), lorsqu'aucun changement n'est survenu dans votre *problème de santé*; et le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique dont la posologie est la même.

Problème de santé – Blessure, maladie, affection, symptômes, complications de la grossesse durant les trente et une (31) premières semaines de grossesse.

Problème de santé préexistant – *Problème de santé* qui existait avant la date d'effet de votre assurance.

Stable – Un *problème de santé* est *stable* si tous les énoncés ci-dessous s'appliquent :

- aucun nouveau symptôme ne s'est manifesté;
- aucun symptômes existants ne sont ni plus fréquents ni plus marqués;
- aucun médecin n'a établi que le *problème de santé* s'était aggravé;
- aucun résultat de test n'indique une aggravation possible du *problème de santé*;
- aucun médecin n'a fourni, prescrit ou recommandé un nouveau médicament, ni prescrit ou recommandé un *changement de médication*;
- aucun médecin n'a prescrit ou recommandé des tests exploratoires ou un nouveau *traitement*, ni recommandé que le *traitement* soit modifié, ni rédigé une ordonnance à cet effet;
- aucune admission dans un hôpital ou une clinique spécialisée n'a été requise;
- aucun médecin n'a conseillé qu'un spécialiste soit consulté ni que de nouveaux tests soient effectués, et aucun test, pour lequel les résultats n'ont pas encore été communiqués, n'a été fait.

Traitement ou traité – Hospitalisation, prescription de médicaments (incluant ceux à prendre au besoin), actes de nature médicale, thérapeutique, diagnostique ou chirurgicale prescrits, accomplis ou recommandés par un praticien autorisé. REMARQUE IMPORTANTE : Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens exclut les tests génétiques. Par test génétique, on entend un test qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes à des fins telles que la prédiction d'une maladie ou des risques de transmission verticale, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

Section A • Questionnaire médical

NOM DES PROPOSANTS (nom de famille et prénom)

| | |
|-------------|-------------|
| Proposant 1 | Proposant 2 |
|-------------|-------------|

ÉTAPE 1 • ÊTES-VOUS ADMISSIBLE À LA COUVERTURE?

Admissibilité. – Tous les proposants doivent être âgés d’au moins trente (30) jours et être couverts au titre d’un régime public d’assurance maladie canadien durant toute la période de couverture. N’est PAS ADMISSIBLE à cette assurance ni au Régime d’assurance avec tarification individuelle des risques médicaux toute personne qui :

- voyage contre l’avis d’un médecin;
- a une maladie en phase terminale ou un cancer métastatique;
- a besoin de dialyse rénale;
- a utilisé de l’oxygène à domicile ou s’en ait fait prescrire au cours des 12 derniers mois;
- a reçu une greffe de moelle osseuse, de cellules souches ou d’organe (sauf une greffe de cornée ou de peau).

Si vous n’êtes pas admissible à cette assurance, NE REMPLISSEZ PAS cette proposition.

ÉTAPE 2 • VOTRE DÉCLARATION - VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT CE QUI SUIT AVANT DE SIGNER

Je suis admissible à demander à La Compagnie d’Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) une assurance aux termes du contrat d’Assurance voyage Travel Choice 2. J’atteste que tous les renseignements que j’ai fournis dans la présente proposition d’assurance sont véridiques et complets. Je sais que les termes « traitement » ou « traité » sont employés dans le sens précis défini dans la présente proposition.

Je comprends que la couverture est soumise à diverses conditions, restrictions et exclusions (y compris les exclusions relatives aux problèmes de santé préexistants) pouvant avoir une incidence sur l’exigibilité et le montant des prestations en cas de sinistre. Il est entendu que si je dénature un fait important dans la présente proposition, Manuvie annulera mon contrat et je ne serai couvert par aucune garantie de ce contrat.

J’autorise tout hôpital, médecin, autre professionnel de la santé ou tout autre organisme ou personne qui possède des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé à fournir à la société désignée par Manuvie pour fournir des services d’assistance médicale et des services de règlement et/ou à Manuvie et à ses réassureurs toute information de cette nature aux fins de la présente proposition, du contrat et de toute demande de règlement y afférente.

Signature du 1^{er} proposant

Signature du 2^e proposant

Date

ÉTAPE 3 • UNE TARIFICATION INDIVIDUELLE DES RISQUES MÉDICAUX EST-ELLE NÉCESSAIRE?

Proposant 1 Proposant 2

Vous devez répondre aux questions suivantes pour déterminer si vous êtes admissible à cette assurance ou au régime d’assurance avec tarification individuelle des risques médicaux. Si vous ne savez pas comment répondre à certaines questions médicales, consultez votre médecin avant de remplir cette proposition d’assurance voyage.

| | Proposant 1 | Proposant 2 |
|--|---|---|
| 1. Avez-vous subi un pontage coronarien, une angioplastie coronaire ou une chirurgie valvulaire il y a plus de dix (10) ans ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Au cours des trois (3) dernières années , avez-vous reçu un diagnostic ou suivi un <i>traitement</i> , ou vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris des médicaments pour deux (2) des affections suivantes (Si vous avez souffert d’une (1) seule de ces affections, répondez NON.) : <ul style="list-style-type: none"> • Affection cardiaque; • Affection pulmonaire (vous pouvez répondre « non » si vous avez pris, pour une seule crise, un ou plusieurs médicaments y compris les aérosols-doseurs ou inhalateurs- délivrés en vertu d’une ordonnance non renouvelable); • AVC (accident vasculaire cérébral) ou AIT (accident ischémique transitoire) (y compris la prise d’aspirine ou d’Entrophen pour cette affection); • Diabète (<i>traité</i> avec un médicament et/ou l’insuline); • Rétrécissement ou obstruction d’une ou de plusieurs artères des membres inférieurs (maladie vasculaire périphérique). | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Au cours des deux (2) dernières années : a) Avez-vous reçu un diagnostic ou suivi un <i>traitement</i> , ou vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris des médicaments pour de l’insuffisance cardiaque ou d’insuffisance cardiaque congestive; et/ou b) Avez-vous pris, ou vous a-t-on prescrit, du Lasix, du furosémide ou un diurétique à cause d’une enflure des chevilles ou des jambes, ou d’eau sur les poumons? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Au cours des douze (12) derniers mois avez-vous : a) Reçu un nouveau diagnostic de maladie cardiaque ou souffert d’une maladie cardiaque préexistante pour laquelle vous avez été hospitalisé ou soigné au service des urgences d’un hôpital ou ayant nécessité un <i>changement de médication</i> ; ou b) Subi un ou plusieurs tests exploratoires ou vous a-t-on <i>traité</i> pour un essoufflement ou des douleurs thoraciques; ou c) Eu un problème pulmonaire pour lequel vous avez été hospitalisé ou soigné au service des urgences d’un hôpital, ou pour lequel vous avez pris ou on vous a prescrit de la prednisonne; ou d) Eu un cancer ou reçu un <i>traitement</i> de chimiothérapie et/ou de radiothérapie et/ou tout autre <i>traitement</i> , qui n’était pas dans le cadre d’un examen de suivi, pour un cancer (sauf un carcinome cutané basocellulaire ou épidermoïde et un cancer du sein <i>traité</i> uniquement au moyen d’une hormonothérapie). | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Au cours des quatre (4) derniers mois , vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris au moins six (6) médicaments sur ordonnance? N’incluez pas les médicaments suivants : hormonothérapie substitutive (pour la thyroïde ou la ménopause), médicaments pour l’ostéoporose ou la diarrhée du voyageur, ou toute forme d’immunisation. N’incluez pas non plus les médicaments topiques appliqués dans le nez, dans les oreilles, dans les yeux, sur le cuir chevelu ou sur la peau, sauf s’il s’agit d’une forme quelconque de nitroglycérine ou d’un médicament pour <i>traiter</i> l’angine. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Si vous devez répondre « OUI » à L’UNE des questions précédentes, **vous n’êtes pas admissible** à la présente assurance. Si vous avez répondu « OUI » à la question 1, 2, 3, 4, 5 ou 6, veuillez composer le numéro sans frais 1 866 991-9104 si vous désirez une soumission à l’égard du Régime d’assurance avec tarification individuelle des risques médicaux.

Si vous avez répondu « NON » à **TOUTES** les questions précédentes, vous pouvez souscrire l’assurance et passer à l’étape suivante.

ÉTAPE 4 • VOTRE CATÉGORIE DE TAUX

Partie 1 • USAGE DU TABAC

| | Proposant 1 | Proposant 2 |
|---|---|---|
| 1. Au cours des deux (2) dernières années , avez-vous fumé la cigarette? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Veillez passer à l'Étape 4 • Partie 2

Partie 2 • ÉTABLISSEMENT DE LA CATÉGORIE DE TAUX

| | Proposant 1 | Proposant 2 |
|--|--|--|
| 1. Avez-vous déjà souffert : a) d'une affection cardiaque; et/ou b) de l'une ou l'autre des affections suivantes : • anévrisme de l'aorte (compris un anévrisme de l'aorte thoracique ou abdominale); • cirrhose du foie; • maladie de Parkinson; • maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Au cours des trois (3) derniers mois , avez-vous pris ou vous a-t-on prescrit trois (3) médicaments ou plus pour <i>traiter</i> une hypertension artérielle? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Au cours des cinq (5) dernières années , avez-vous reçu un diagnostic ou un <i>traitement</i> , ou avez-vous pris ou vous a-t-on prescrit un médicament pour l'une des affections suivantes? • Affection pulmonaire (vous pouvez répondre « non » si vous avez pris, pour une seule crise, un ou plusieurs médicaments y compris les aérosols-doseurs ou inhalateurs- délivrés en vertu d'une ordonnance non renouvelable); • AVC (accident vasculaire cérébral) ou AIT (accident ischémique transitoire) (y compris la prise d'aspirine ou d'Entrophen pour cette affection); • Diabète (<i>traité</i> avec un médicament et/ou l'insuline); • Rétrécissement ou obstruction d'une ou de plusieurs artères des membres inférieurs ou du cou. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Si vous avez répondu « **OUI** » à L'UNE des questions de l'Étape 4 • Partie 2, vous êtes admissible à la catégorie de taux C.

Si vous avez répondu « **NON** » à TOUTES les questions de l'Étape 4 • Partie 2, vous devez répondre à la question de l'Étape 4 • Partie 3.

Partie 3 • ÉTABLISSEMENT DE LA CATÉGORIE DE TAUX

| | Proposant 1 | Proposant 2 |
|---|--|--|
| 1. Au cours des deux (2) dernières années , avez-vous reçu un diagnostic ou un <i>traitement</i> , ou avez-vous pris ou vous a-t-on prescrit un médicament pour l'une des affections suivantes? • Saignement gastro-intestinal ou occlusion intestinale ou chirurgie intestinale; • Trouble intestinal chronique (y compris, mais sans s'y limiter, la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse); • Trouble du foie ou des reins (y compris les calculs rénaux) ou pancréatite; • Trouble de la vésicule biliaire, y compris les calculs biliaires (Ne s'applique pas en cas d'ablation de la vésicule biliaire). | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Au cours des deux (2) dernières années , est-ce qu'un hématalogue ou un interniste vous a diagnostiqué un trouble sanguin ou <i>traité</i> pour un tel trouble? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Êtes-vous âgé de plus de 70 ans et avez-vous fait une chute pour laquelle vous avez consulté à un médecin au cours des six (6) derniers mois ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Au cours des six (6) derniers mois , avez-vous reçu des conseils ou un <i>traitement</i> pour une urgence médicale plus de deux (2) fois dans la salle d'urgence d'un hôpital? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Si vous avez répondu « **OUI** » à L'UNE des questions de l'Étape 4 • Partie 3, vous êtes admissible à la catégorie de taux B.

Si vous avez répondu « **NON** » à TOUTES les questions de l'Étape 4 • Partie 3, vous êtes admissible à la catégorie de taux A.

CATÉGORIE DE TAUX

Je suis âgé de 60 ans ou plus et compte tenu des réponses que j'ai fournies plus haut, je suis admissible à la catégorie de taux suivante :

Proposant 1 : A B C **Proposant 2 :** A B C

IMPORTANT : L'exclusion pour *problèmes de santé préexistants s'appliquant à votre couverture est fonction de la catégorie de taux à laquelle vous êtes admissible. Les exclusions pour problèmes de santé préexistants sont décrites ci-dessous.*

REMARQUE : Si vous souhaitez avoir une couverture pour vos *problèmes de santé préexistants*, veuillez composer le numéro sans frais 1 866 991-9104 pour obtenir une soumission à l'égard du Régime d'assurance avec tarification individuelle des risques médicaux. Vous pourrez peut-être obtenir une soumission pour **un régime soins médicaux d'urgence voyage unique qui couvre vos problèmes de santé préexistants.**

Exclusion pour problèmes de santé préexistants

L'exclusion pour *problèmes de santé préexistants* qui s'applique à votre catégorie de taux. Tous les proposant de 59 ans ou moins sont admissibles d'office à la catégorie de taux A.

Catégorie de taux A. Nous ne payons aucuns frais liés à ce qui suit :

- un *problème de santé préexistant* qui n'était pas *stable* au cours des **trois (3) mois** précédant la date d'effet de votre assurance; et/ou
- une affection cardiaque si, au cours des **trois (3) mois** précédant la date d'effet de votre assurance, cette affection ou toute autre affection cardiaque n'était pas *stable* ou vous avez pris une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses; et/ou
- une affection pulmonaire si, au cours des **trois (3) mois** précédant la date d'effet de votre assurance, cette affection ou toute autre affection pulmonaire n'était pas *stable* ou cette affection a nécessité un *traitement* à l'oxygène ou à la prednison.

Catégorie de taux B et Catégorie de taux C. Nous ne payons aucuns frais liés à ce qui suit :

- un *problème de santé préexistant* qui n'était pas *stable* au cours des **six (6) mois** précédant la date d'effet de votre assurance; et/ou
- une affection cardiaque si, au cours des **six (6) mois** précédant la date d'effet de votre assurance, cette affection ou toute autre affection cardiaque n'était pas *stable* ou vous avez pris une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses; et/ou
- une affection pulmonaire si, au cours des **six (6) mois** précédant la date d'effet de votre assurance, cette affection ou toute autre affection pulmonaire n'était pas *stable* ou cette affection a nécessité un *traitement* à l'oxygène ou à la prednison.

Section B • Proposition d'assurance

PROPOSANTS

| | | | | | |
|---|---|---|-------|--|---|
| NOM DE FAMILLE, PRÉNOM 1. Proposant 1 | | | | DATE DE NAISSANCE (MM/JJ/AAAA) | |
| ADRESSE DOMICILIAIRE | | | | | |
| Rue | | N° d'app. | Ville | Province | Code postal |
| N° DE TÉLÉPHONE – Résidence () | N° DE TÉLÉPHONE – Travail () | ADRESSE DE COURRIEL (facultatif) | | PAYS DE DESTINATION | N° DE TÉLÉPHONE à destination () |
| NOM DE FAMILLE, PRÉNOM 2. Proposant 2 | | | | DATE DE NAISSANCE (MM/JJ/AAAA) | |
| ADRESSE DOMICILIAIRE | | | | | |
| Rue | | N° d'app. | Ville | Province | Code postal |
| N° DE TÉLÉPHONE – Résidence () | N° DE TÉLÉPHONE – Travail () | ADRESSE DE COURRIEL (facultatif) | | PAYS DE DESTINATION | N° DE TÉLÉPHONE à destination () |

RENSEIGNEMENTS SUR LE(S) VOYAGE(S) (Choisissez votre régime Soins médicaux d'urgence.)

Proposant 1

Proposant 2

| | | |
|--|---|---|
| 1. Régime Voyages multiples – Couverture de plusieurs voyages sur une période de 365 jours | <input type="checkbox"/> 4 jours <input type="checkbox"/> 10 jours <input type="checkbox"/> 18 jours <input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 60 jours Date d'effet (MM/JJ/AAAA) | <input type="checkbox"/> 4 jours <input type="checkbox"/> 10 jours <input type="checkbox"/> 18 jours <input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 60 jours Date d'effet (MM/JJ/AAAA) |
| 2. Régime Voyage unique ou complément d'assurance - durée | Date de départ (MM/JJ/AAAA) | Date de départ (MM/JJ/AAAA) |
| | Date d'effet* (MM/JJ/AAAA) | Date d'effet* (MM/JJ/AAAA) |
| | Date d'expiration (MM/JJ/AAAA) | Date d'expiration (MM/JJ/AAAA) |
| | Nombre total de jours** | Nombre total de jours** |

* La couverture entre en vigueur à la date d'effet choisie. Si cette couverture sert de complément à une couverture existante, sa date d'effet correspond au lendemain de la date à laquelle la couverture existante prend fin.

** Comptez le nombre total de jours de voyage, y compris les jours de départ et de retour.

MOYENS DE RÉDUIRE LA PRIME

Réduction de prime

Franchises : Tous les taux publiés comportent une franchise de 0 \$.
Les options de franchise ci-dessous ne s'appliquent pas aux régimes Voyage au Canada.

| | | | | | | |
|-------------------|------|--------|----------|----------|-----------|---|
| Franchise (\$ US) | 0 \$ | 500 \$ | 1 000 \$ | 5 000 \$ | 10 000 \$ | |
| Rabais | 0 % | 15 % | 20 % | 35 % | 50 % | % |

Réduction de 50 % pour l'assurance Soins médicaux d'urgence – Voyage au Canada : cette réduction ne peut être combinée au rabais offert pour la franchise. Ce régime procure une couverture pour un seul voyage au Canada. 50 %

CALCULEZ VOTRE PRIME

Proposant 1

Proposant 2

| | | |
|---|-----|-----|
| 1. Catégorie de taux | | |
| 2. Régime Voyages multiples (pour la durée de voyage choisie) | +\$ | +\$ |
| 3. Régime Voyage unique ou complément d'assurance (nombre de jours* x taux quotidien applicable à la durée totale du voyage) | +\$ | +\$ |
| 4. Sous-total | =\$ | =\$ |
| 5. Réduction – (Ligne 4 X rabais [%] choisi à la rubrique MOYENS DE RÉDUIRE LA PRIME) | \$ | \$ |
| 6. Rabais pour compagnon de voyage (s'il y a lieu) – (Ligne 4 X 5% pour tous les proposants) | \$ | \$ |
| 7. ÉPARGNE TOTALE – (PLUS Lignes 5 et 6) | \$ | \$ |
| 8. Sous-total (Ligne 4 MOINS Ligne 7) | \$ | \$ |
| 9. Supplément pour fumeurs – Si vous avez 60 ans ou plus et avez fumé la cigarette au cours des deux (2) années précédant la date de la proposition, calculez le supplément pour fumeurs comme suit : Ligne 4 X 10 %. | \$ | \$ |
| 10. Prime Totale (les primes de tous les proposants) (résultat de Ligne 8 PLUS Ligne 9) | \$ | \$ |
| 11. PAIEMENT TOTAL – pour les deux proposants | \$ | |

Servez-vous du « nombre total de jours de voyage » à la rubrique RENSEIGNEMENTS SUR LE(S) VOYAGE(S)

Option de paiement : Visa MasterCard Chèque

Nom du titulaire de la carte

Signature du titulaire de la carte

N° de la carte de crédit

Date d'expiration

Nota : La couverture ne prendra pas effet si le numéro de votre carte de crédit est inexact ou si le paiement est refusé pour quelque raison que ce soit.

Veillez remettre la présente proposition accompagnée de votre paiement, ou les envoyer par la poste à :

CanAm Insurance PO Box 62, Station A, Windsor ON N9A 6J5.

Rapport du conseiller • À l'usage exclusif du conseiller ou de l'agent

Vous confirmez que vous avez communiqué au proposant les renseignements suivants :

- le nom de la société ou des sociétés que vous représentez;
- le fait que vous recevez des commissions pour la vente de produits d'assurance vie, accidents et maladie, et que vous pouvez toucher une rémunération supplémentaire sous forme de boni, d'invitation à des congrès ou d'autres incitatifs; et
- tout conflit d'intérêts que vous pourriez avoir relativement à la présente opération.

| | | |
|--------------------------------------|--------------------|-----------|
| Votre nom (prénom et nom de famille) | Code de conseiller | Signature |
|--------------------------------------|--------------------|-----------|

Agent/Conseiller – Veuillez remplir cette section :

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|
| Nom de l'agent The McLennan Group Life Insurance Inc. | Numéro de téléphone 1 (866) 943-5997 | Numéro de télécopieur (519) 974-5885 | Code de vente 578100 |
| Nom et adresse de la société The McLennan Group Life Insurance Inc. PO Box 62, Station A, Windsor ON N9A 6J5 | | Courriel tmtravel@canamins.com | Code du centre de ressources TMG |

L'Assurance voyage Travel Choice 2 est offerte par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

Les régimes sont établis par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Il se peut qu'une partie de l'assurance soit établie par La Nord-américaine, première compagnie d'assurance (filiale en propriété exclusive de Manuvie). Le nom Manuvie et le logo qui l'accompagne sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence © La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2017. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670 St. Waterloo, Waterloo, Ontario N2L 4B8.