

Questionnaire médical et proposition

Instructions

Les questions d'ordre médical nous aident à établir votre admissibilité à l'assurance ainsi que le taux de prime applicable, si vous avez 60 ans ou plus.

1. Si vous êtes âgé de moins de 60 ans, allez à la partie C pour remplir la proposition.
2. Tous les autres proposants doivent remplir le questionnaire médical à la partie A et la déclaration du proposant à la partie B 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 ou 30 jours). Vous devez revenir dans votre province ou territoire de résidence ou au Canada après chaque voyage. Les régimes Voyages multiples vous couvrent 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 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*, et le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique dont la posologie est la même.

Hôpital – Établissement dûment autorisé à fournir des services médicaux, chirurgicaux et diagnostiques aux malades hospitalisés sous la surveillance de médecins, et où se trouvent des infirmiers autorisés de garde en tout temps. Sont exclus les cliniques, établissements de soins palliatifs ou de longue durée, centres de réadaptation, centres de désintoxication, maisons de convalescence et de repos, centres d'accueil, foyers pour personnes âgées et établissements de cure.

Problème de santé – Blessure, maladie, affection, ou symptôme, complications de la grossesse durant les trente et une (31) premières semaines de grossesse, troubles mentaux ou émotifs nécessitant l'admission à l'*hôpital*, ou encore psychose aiguë.

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 durant la période de stabilité spécifiée :

- aucun nouveau symptôme n'est apparu;
- les symptômes existants ne sont ni plus fréquents ni plus marqués;
- votre médecin n'a pas établi que le *problème de santé* s'était aggravé;
- aucun résultat de test n'indique une aggravation possible de *votre problème de santé*;
- vous n'avez pas reçu, on ne vous a pas prescrit ou vous n'avez pas pris un nouveau médicament, ou un médecin ne vous a pas recommandé un nouveau médicament ni un *changement de médication*;
- vous n'avez pas reçu ou on ne vous a pas prescrit un nouveau *traitement*, ou un médecin ne vous a pas recommandé un nouveau *traitement* ni un changement de *traitement*;
- vous n'avez pas été hospitalisé ni adressé à une clinique spécialisée ou à un spécialiste;
- votre médecin ne vous a pas conseillé de consulter un spécialiste ni de subir de nouveaux tests, et vous n'avez pas subi de tests dont vous n'avez pas encore reçu les résultats.

Traitement – Acte de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique qui est prescrit, posé ou recommandé par un professionnel de la santé autorisé, notamment la prescription de médicaments, les tests exploratoires et les interventions chirurgicales pour une maladie, une blessure ou un symptôme.

Urgence médicale – Apparition soudaine et imprévue de symptômes, d'une blessure, d'une maladie ou d'une affection nécessitant un *traitement* immédiat.

Partie A • Questionnaire médical

NOM DES PROPOSANTS (nom de famille et prénom)

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

ÉTAPE 1 • ADMISSIBILITÉ	Proposant 1	Proposant 2
1. Un médecin vous a-t-il conseillé de ne pas voyager pour l'instant?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Avez-vous besoin de traitements de dialyse rénale?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Avez-vous déjà subi une greffe de moelle osseuse ou une transplantation d'organe (sauf une greffe de la cornée)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Avez-vous subi un pontage coronarien, une angioplastie 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
5. Au cours des cinq (5) dernières années , avez-vous reçu un diagnostic de cancer métastatique et/ou un <i>traitement</i> pour un tel cancer?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. Au cours des six (6) derniers mois , avez-vous reçu un <i>traitement</i> de chimiothérapie et/ou de radiothérapie et/ou tout autre traitement, 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 traité uniquement au moyen d'une hormonothérapie)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7. Au cours des douze (12) derniers mois , vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris de la prednisone ou de l'oxygène ou êtes-vous allé à l' <i>hôpital</i> (pour y être hospitalisé ou être examiné en salle d'urgence) pour une affection pulmonaire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8. Au cours des deux (2) dernières années , a) vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris du Lasix ou du furosémide pour quelque raison que ce soit? b) avez-vous souffert d'insuffisance cardiaque congestive?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9. Au cours des douze (12) derniers mois , êtes-vous allé à l' <i>hôpital</i> (pour y être hospitalisé ou être examiné en salle d'urgence) pour une affection cardiaque?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10. Au cours des quatre (4) dernières mois , vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris six (6) médicaments sur ordonnance ou plus ? N'incluez pas les médicaments suivants : hormonothérapie substitutive (pour la thyroïde ou la ménopause), médicaments pour l'ostéoporose ou la diarrhée en voyage; 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 traiter l'angine.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11. Au cours des trois (3) dernières années , avez-vous reçu un diagnostic ou un <i>traitement</i> ou êtes-vous allé à l' <i>hôpital</i> (pour y être hospitalisé ou être examiné en salle d'urgence) 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 (y compris les affections pulmonaires traitées au moyen d'aérosols-doseurs ou d'inhalateurs-doseurs, sauf s'il s'agit d'une seule prescription non renouvelée utilisée pour une seule manifestation de l'affection); ■ diabète (traité avec un médicament ou de l'insuline); ■ AVC (accident vasculaire cérébral) ou AIT (accident ischémique transitoire) (y compris la prise d'aspirine ou d'Entrophen pour cette affection); ■ rétrécissement ou obstruction d'une ou de plusieurs artères des membres inférieurs (maladie vasculaire périphérique); ■ 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

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ : Si vous avez répondu « **OUI** » à l'UNE des questions ci-dessus, **vous n'êtes pas admissible** à la présente assurance. **NE REMPLISSEZ PAS** le présent questionnaire. Veuillez consulter CARP et appelez 1 866-991-9104 sans frais ou 1 (519) 251-7295 si vous désirez obtenir une soumission pour notre régime d'assurance avec tarification individuelle des risques médicaux. Si vous êtes admissible à la présente assurance, passez à l'Étape 2.

ÉTAPE 2 • VOTRE CATÉGORIE DE TAUX	ÉTABLISSEMENT DE LA CATÉGORIE DE TAUX • Partie 1		Proposant 1	Proposant 2
1. Au cours des cinq (5) dernières années , avez-vous reçu un diagnostic ou un <i>traitement</i> ou êtes-vous allé à l' <i>hôpital</i> (pour y être hospitalisé ou être examiné en salle d'urgence) ou vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris des médicaments sur ordonnance pour l'une des affections suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ■ affection cardiaque; ■ AVC (accident vasculaire cérébral) ou AIT (accident ischémique transitoire) (y compris la prise d'aspirine ou d'Entrophen pour cette affection); ■ Anévrisme; ■ rétrécissement ou obstruction d'une ou de plusieurs artères des membres inférieurs (maladie vasculaire périphérique); ■ diabète (traité avec un médicament ou de l'insuline); ■ affection pulmonaire (y compris les affections pulmonaires traitées au moyen d'aérosols-doseurs ou d'inhalateurs-doseurs, sauf s'il s'agit d'une seule prescription non renouvelée utilisée pour une seule manifestation de l'affection); ■ cirrhose du foie; ■ maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence, ou maladie de Parkinson. 	<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 cinq (5) dernières années , avez-vous fumé ou fait usage d'un produit du tabac et vous a-t-on prescrit ou avez-vous utilisé un aérosol-doseur ou un inhalateur?	<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
3. Au cours des six (6) derniers mois , avez-vous reçu des conseils ou un <i>traitement</i> pour une urgence médicale plus d'une (1) fois dans la salle d'urgence d'un <i>hôpital</i> ?	<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
4. Au cours des trois (3) derniers mois , vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris au moins trois (3) médicaments pour traiter une hypertension artérielle et/ou une affection cardiaque?	<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 2 • Partie 1, vous êtes admissible à la catégorie de taux C.

Si vous avez répondu « **NON** » à TOUTES les questions de l'Étape 2 • Partie 1, vous devez répondre à la question de l'Étape 2 • Partie 2.

ÉTABLISSEMENT DE LA CATÉGORIE DE TAUX • Partie 2	Proposant 1	Proposant 2
1. Au cours des deux (2) dernières années , avez-vous reçu un diagnostic et/ou un <i>traitement</i> et/ou êtes-vous allé à l' <i>hôpital</i> (pour y être hospitalisé ou être examiné en salle d'urgence) et/ou vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris des médicaments sur ordonnance pour l'une des affections suivantes? <ul style="list-style-type: none"> ■ occlusion ou chirurgie intestinale; ■ trouble diverticulaire nécessitant la prise de médicaments sur ordonnance ou une intervention chirurgicale; ■ saignement gastro-intestinal; ■ ulcère(s) saignant(s) ou perforé(s); ■ trouble intestinal chronique; ■ trouble du foie; ■ trouble pancréatique; ■ trouble rénal (y compris les calculs rénaux); ■ troubles de la vésicule biliaire, y compris les calculs. (En cas d'ablation de la vésicule biliaire, répondez NON.) 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
■ trouble diverticulaire nécessitant la prise de médicaments sur ordonnance ou une intervention chirurgicale;	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
■ saignement gastro-intestinal;	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
■ ulcère(s) saignant(s) ou perforé(s);	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
■ trouble intestinal chronique;	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
■ trouble du foie;	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
■ trouble pancréatique;	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
■ trouble rénal (y compris les calculs rénaux);	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
■ troubles de la vésicule biliaire, y compris les calculs. (En cas d'ablation de la vésicule biliaire, répondez NON .)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez répondu « **OUI** » pour **au moins deux (2)** des affections mentionnées dans la question de l'Étape 2 • Partie 2, vous êtes admissible à la catégorie de taux C.

Si vous avez répondu « **OUI** » pour **une (1)** affection mentionnée dans la question de l'Étape 2 • Partie 2, vous êtes admissible à la catégorie de taux B.

Si vous avez répondu « **NON** » pour **TOUTES** les affections mentionnées dans la question de l'Étape 2 • Partie 2, vous devez répondre aux questions de l'Étape 2 • Partie 3.

ÉTABLISSEMENT DE LA CATÉGORIE DE TAUX • Partie 3	Proposant 1	Proposant 2
1. Au cours des deux (2) dernières années , avez-vous reçu un diagnostic, et/ou un <i>traitement</i> , et/ou êtes-vous allé à l' <i>hôpital</i> (pour y être hospitalisé ou être examiné en salle d'urgence) et/ou vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris des médicaments sur l'ordre d'un hématalogue ou d'un interniste relativement à un trouble sanguin?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Au cours des douze (12) derniers mois , vous a-t-on prescrit ou avez-vous utilisé un aérosol-doseur ou un inhalateur?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Au cours des douze (12) derniers mois , avez-vous reçu un diagnostic et/ou un <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 traité uniquement au moyen d'une hormonothérapie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. 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

Si vous avez répondu « **OUI** » à l'UNE des questions de l'Étape 2 • Partie 3, vous êtes admissible à la catégorie de taux B.

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

ÉTABLISSEMENT DE LA CATÉGORIE DE TAUX • Partie 4	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

Si vous avez répondu « **OUI** » à la question de l'Étape 2 • Partie 4, vous êtes admissible à la catégorie de taux A.

Si vous avez répondu « **NON** » à la question de l'Étape 2 • Partie 4, vous êtes admissible à la catégorie de taux A+.

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.

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+ A B C **Proposant 2 :** A+ A B C

Exclusion pour problèmes de santé préexistants

L'exclusion pour *problèmes de santé préexistants* qui s'applique à vous dépend de la catégorie de taux établie en fonction de vos réponses aux questions médicales de la partie A. Tous les proposants de 59 ans ou moins sont admissibles d'office à la catégorie de taux A. **Remarque :** Dans le cas du régime Soins médicaux d'urgence - Voyage au Canada, aucune exclusion relative aux *problèmes de santé préexistants* ne s'applique.

Catégories de taux A+ et 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 a nécessité un *traitement* à l'oxygène ou à la prednisone.

Catégorie de taux B. 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 a nécessité un *traitement* à l'oxygène ou à la prednisone.

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 **douze (12) mois** précédant la date d'effet de votre assurance; et/ou
- une affection cardiaque si, au cours des **douze (12) 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 **douze (12) mois** précédant la date d'effet de votre assurance, cette affection ou toute autre affection pulmonaire n'était pas *stable* ou a nécessité un *traitement* à l'oxygène ou à la prednisone.

Partie B • Déclaration du proposant – Veuillez lire attentivement ce qui suit avant de signer

Déclaration. Je demande à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) une assurance aux termes de la police d'Assurance voyage Manuvie. Je déclare que tous les renseignements que j'ai fournis dans la présente proposition, de même que dans la déclaration de santé jointe aux présentes initialement, sont complets et véridiques. Je comprends que la présente couverture est soumise à des conditions, restrictions et exclusions (notamment les exclusions relatives aux *problèmes de santé préexistants*) et que toute somme payable en cas de sinistre au titre de la police d'assurance voyage Manuvie peut être exclue ou limitée. Il est entendu que si je fais une déclaration mensongère portant sur des faits importants dans la présente proposition, la Manuvie annulera ma police et je ne serai couvert par aucune garantie en vertu de cette police. 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 la Manuvie pour fournir des services d'assistance médicale et des services de règlement et/ou à la 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.

Avis sur la vie privée et la confidentialité. Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans la proposition sont nécessaires à son traitement. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, la Manuvie créera un « dossier de services financiers » contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la proposition, offrir et administrer les services et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, mandataires, administrateurs et agents responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des sinistres de la Manuvie, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des territoires de compétence à l'extérieur du Canada et être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires. Votre dossier sera gardé en lieu sûr dans nos bureaux ou ceux de notre administrateur ou mandataire. Vous pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Marchés des groupes à affinités, Manuvie, C.P. 4213, succ. A, Toronto, Ontario M5W 5M3.

(MM/JJ/AAAA)

Signature du 1^{er} proposantSignature du 2^e proposant

Date

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 tmgtravel@canamins.com	Code du centre de ressources CARP	

Partie C • 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 ()

SÉLECTION DE LA COUVERTURE

VOYAGES MULTIPLES – DURÉE et DATE D'EFFET

Couverture pour des voyages multiples effectués durant une période de 365 jours.

CHOISISSEZ LA DURÉE DE VOS VOYAGES : 4 jours 10 jours 18 jours 30 jours DATE D'EFFET : _____ (MM/JJ/AAAA)

VOYAGE UNIQUE – DURÉE

Date de départ*	(MM/JJ/AAAA)
Date de retour	
Nombre total de jours ¹ de voyage	

* au plus tard 180 jours après la souscription de l'assurance
¹ Comptez le jour de votre départ et le jour de votre retour.

COMPLÉMENT D'ASSURANCE :
 Si vous êtes âgé de 60 ans ou plus, vous devez remplir le questionnaire médical afin d'établir votre catégorie de taux.

COMPLÉMENT D'ASSURANCE – DURÉE

Date d'effet du complément d'assurance*	(MM/JJ/AAAA)
Nombre total de jours de voyage ¹	
Soustrayez le nombre de jours déjà couverts par votre police	–
Nombre total de jours du complément d'assurance	=

CALCULEZ VOTRE PRIME

La prime exigible pour votre couverture est fonction du régime que vous souscrivez, de votre âge, de la catégorie de taux à laquelle vous êtes admissible et de la durée de votre voyage.

SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

Proposant	Catégorie de taux	Prime totale Soins médicaux d'urgence	
		Voyage unique ou complément (N ^{bre} de jours x taux quotidien applicable à la durée totale du voyage) ²	Voyages multiples (Prime pour la durée choisie)
1		\$	\$
2		+	\$
Prime totale (additionnez les primes de tous les proposants)		=	\$ Ligne A

² Pour la prime du complément d'assurance, utilisez le taux quotidien applicable au **NOMBRE TOTAL DE JOURS DE VOYAGE**.

MOYENS DE RÉDUIRE LA 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.							
Calculez la réduction (% x Ligne A)						=	\$ Ligne B

VOTRE PRIME

Prime de l'assurance Soins médicaux d'urgence (Ligne A moins Ligne B)	=	\$ Ligne C
Rabais pour le compagnon de voyage (Ligne C x 5 %)	=	\$ Ligne D
Si vous avez besoin d'aide pour calculer votre prime, veuillez communiquer avec votre courtier ou votre conseiller.		
Paiement total (Ligne C moins Ligne D)	=	\$

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.

Veuillez remettre à votre agent ou courtier 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

Les régimes sont établis par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

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. © 2011 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Tous droits réservés.