

Assurance voyage 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 au complet pour souscrire la présente assurance. Si vous êtes incertain de toute réponse à une question d'ordre médical, 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 votre province ou 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 – Trouble de santé, maladie ou blessure (y compris les symptômes de problèmes non diagnostiqués).

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

Stable – Un *problème de santé* est considéré comme *stable* lorsque tous les énoncés suivants sont vrais :

1. Aucun nouveau *traitement* n'a été prescrit ou recommandé, ou le *traitement* en cours n'a pas été modifié ni interrompu.
2. Aucun changement n'a été apporté à un médicament prescrit (augmentation ou diminution du dosage, ou arrêt de la prise du médicament), ou aucun autre médicament n'a été recommandé ou prescrit.
3. Le *problème de santé* ne s'est pas aggravé.
4. Aucun nouveau symptôme n'est apparu, ou il n'y a eu aucune aggravation ou augmentation de la fréquence des symptômes existants.
5. Il n'y a eu aucune hospitalisation ou recommandation de consulter un spécialiste.
6. Il n'y a aucun examen, test médical à des fins d'investigation ou *traitement* recommandés non complétés, ou pour lesquels les résultats sont attendus.
7. Il n'y a aucun *traitement* planifié ou en attente.

Toutes les conditions ci-dessus doivent être remplies pour qu'un *problème de santé* soit considéré comme *stable*.

Traitement ou **traité** – Hospitalisation, acte médical prescrit, posé ou recommandé par un médecin en lien avec un *problème de santé*. Sans se limiter à ce qui suit, voici quelques exemples : prescription de médicaments, tests médicaux à des fins d'investigation, intervention chirurgicale. 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

Non DES PROPOSANTS

Proposant 1

Proposant 2

Étape 1 • Êtes-vous admissible à la couverture?

Admissibilité. Vous devez être âgé d'au moins trente (30) jours et être un résident canadien couvert au titre d'un régime public d'assurance maladie dans votre province ou territoire de résidence 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).

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 • Avez-vous besoin de la tarification individuelle des risques médicaux?

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 êtes incertain de toute réponse à une question d'ordre médical, consultez votre médecin avant de remplir cette proposition d'assurance voyage.

	Oui	Non	Oui	Non
1. Avez-vous subi un pontage coronarien, une angioplastie coronaire ou une chirurgie valvulaire il y a plus de dix (10) ans?				
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)				
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?				
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) Été <i>traité</i> pour un essoufflement ou des douleurs thoraciques; ou c) Eu une affection 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 prednison; 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).				
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 traiter l'angine.				

Si vous devez répondre « OUI » à AU MOINS UNE des questions précédentes, **vous n'êtes pas admissible** à la présente assurance. 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 pour couvrir vos affections préexistantes.

Si vous avez répondu « NON » à TOUTES les questions précédentes, vous pouvez souscrire l'assurance. Passez à l'étape 4.

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 des cigarettes et/ou fait usage de produits de vapotage ou vapoté des cigarettes électroniques?	Oui	Non	Oui	Non

Partie 2 • Établissement de la catégorie de taux

	Proposant 1		Proposant 2	
1. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de, ou avez-vous déjà été traité pour :				
a) une affection cardiaque; et/ou	Oui	Non	Oui	Non
b) l'une ou l'autre des affections suivantes :				
• anévrisme de l'aorte (y compris un anévrisme de l'aorte thoracique ou abdominale);	Oui	Non	Oui	Non
• cirrhose du foie;				
• maladie de Parkinson;				
• maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence?	Oui	Non	Oui	Non
2. Au cours des trois (3) derniers mois, avez-vous pris ou vous a-t-on prescrit trois (3) médicaments ou plus pour traiter une hypertension artérielle?	Oui	Non	Oui	Non
3. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous reçu un diagnostic ou un traitement, 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);	Oui	Non	Oui	Non
• AVC (accident vasculaire cérébral) ou AIT (accident ischémique transitoire) (y compris la prise d'aspirine ou d'Entrophen pour cette affection);	Oui	Non	Oui	Non
• Diabète (traité avec un médicament et/ou l'insuline);	Oui	Non	Oui	Non
• Rétrécissement ou obstruction d'une ou de plusieurs artères des membres inférieurs ou du cou.	Oui	Non	Oui	Non

Si vous avez répondu « OUI » à AU MOINS 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 aux questions 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 traitement, 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;	Oui	Non	Oui	Non
• Trouble intestinal chronique (y compris, mais sans s'y limiter, la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse);	Oui	Non	Oui	Non
• Trouble du foie ou des reins (y compris les calculs rénaux) ou pancréatite;	Oui	Non	Oui	Non
• Trouble de la vésicule biliaire, y compris les calculs biliaires. (Ne s'applique pas en cas d'ablation de la vésicule biliaire.)	Oui	Non	Oui	Non
2. Au cours des deux (2) dernières années, est-ce qu'un hématalogue ou un interniste vous a diagnostiqué un trouble sanguin ou traité pour un tel trouble?	Oui	Non	Oui	Non
3. Êtes-vous âgé de plus de 70 ans et avez-vous fait une chute pour laquelle vous avez consulté un médecin au cours des six (6) derniers mois?	Oui	Non	Oui	Non
4. Au cours des six (6) derniers mois, avez-vous reçu des conseils ou un traitement plus de deux (2) fois dans la salle d'urgence d'un hôpital?	Oui	Non	Oui	Non

Si vous avez répondu « OUI » à AU MOINS 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.**

Catégories de taux et l'exclusion pour **problèmes de santé préexistants**

L'exclusion pour **problèmes de santé préexistants** qui suit s'applique à votre catégorie de taux. Tous les proposants 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 prednisone.

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 prednisone.

Section B • Proposition pour assurance

PROPOSANTS Adresse au domicile

1. Nom de Famille, prénom				Date de naissance
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

2. Nom de famille, prénom				Date de naissance
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				
	4 jours	10 jours	18 jours	30 jours	60 jours	4 jours	10 jours	18 jours	30 jours	60 jours
1. Régime Voyages multiples – Couverture de plusieurs voyages sur une période de 365 jours	Date d'effet	(MM/JJ/AAAA)				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)			
	N° total de jours**	(MM/JJ/AAAA)				N° total de jours**	(MM/JJ/AAAA)			

* 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

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

Franchise (\$ CDN)	0 \$	500 \$	1 000 \$	5 000 \$	10 000 \$	
Rabais	0 %	10 %	15 %	30 %	35 %	%

L'assurance Soins médicaux d'urgence – Voyage au Canada* : cette réduction ne peut être combinée au rabais offert pour la franchise. 50 %

* Le voyage entier doit avoir lieu au Canada.

CALCULEZ VOTRE PRIME

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 au NOMBRE TOTAL DE JOURS DE 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 – (RÉSULTAT DE LIGNE 5 PLUS LIGNE 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 et/ou fait usage de produits de vapotage ou vapoté des cigarettes électroniques 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 (la prime pour chaque proposant) (résultat de ligne 8 PLUS ligne 9)		\$	\$
11. PAIEMENT TOTAL – pour les deux proposants ensemble		\$	\$

* 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

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

Veillez 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.

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

L'Assurance voyage Travel Choice 2 est offerte par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) et La Nord-américaine, première compagnie d'assurance (filiale en propriété exclusive de Manuvie).

Manuvie, Manuvie & M stylisé, et le M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisés par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence.

© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2019. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670 St. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8. The McLennan Group Life Insurance Inc. PO Box 62, Station A, Windsor ON N9A 6J5

AT0190F 11/19