

## 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 55 ans ou plus.

1. Si vous êtes âgé de moins de 55 ans, allez à la partie C pour remplir la proposition.
2. Si vous souscrivez le régime Voyage éclair, vous devez avoir entre 55 et 74 ans et la durée de votre voyage doit être de 17 jours ou moins. Vous n'avez pas à remplir le questionnaire médical à la partie A. Si vous souscrivez le régime Voyage éclair, vous êtes admissible à la catégorie de taux D et vous n'êtes pas couvert pour les frais liés à ce qui suit :
  - un *problème de santé préexistant* pour lequel vous avez pris, vous avez reçu ou l'on vous a prescrit des médicaments ou un *traitement* dans les trois (3) mois précédant la date d'effet de votre assurance; et/ou
  - une affection cardiaque si, dans les trois (3) mois précédant la date d'effet de votre assurance, vous avez pris, vous avez reçu ou l'on vous a prescrit des médicaments ou un *traitement*, ou vous avez pris une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses; et/ou
  - une affection pulmonaire si, dans les trois (3) mois précédant la date d'effet de votre assurance, vous avez pris, vous avez reçu ou l'on vous a prescrit des médicaments ou un *traitement*, ou si cette affection a nécessité un traitement à l'oxygène ou à la prednisone.

Remplissez la partie C de la présente proposition.

3. 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.
4. 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. 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.

**Régime Voyage éclair** : Ce régime procure une couverture pour un seul voyage à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence, d'une durée maximale de 17 jours, si vous avez entre 55 et 74 ans.

**Régime Voyage éclair au Canada** : Ce régime procure une couverture pour un seul voyage au Canada, mais à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence, d'une durée maximale de 17 jours, si vous avez entre 55 et 74 ans.

### 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'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.

**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 ou affection, 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 :

- aucun nouveau symptôme de ce problème n'apparaît, les symptômes existants ne sont ni plus fréquents ni plus graves, ou aucun résultat de tests subis n'indique une détérioration du problème; et/ou
- un médecin n'a pas établi que le problème s'est aggravé; et/ou
- un médecin (ou autre professionnel de la santé) n'a pas prescrit ni recommandé un *changement de médication* ou de *soins médicaux* pour ce problème; et/ou
- un médecin (ou autre professionnel de la santé) n'a pas prescrit ni recommandé un *changement de traitement* pour ce problème; et/ou
- il n'a pas nécessité l'admission à l'hôpital et/ou vous n'attendez pas une investigation plus poussée de ce problème ou les résultats d'une telle investigation.

**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 <b>déjà</b> 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 <b>plus de dix (10) ans</b> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. Au cours des <b>cinq (5) dernières années</b> , 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 <b>six (6) derniers mois</b> , 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 <b>douze (12) derniers mois</b> , vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris de la prednisone ou de l'oxygène ou êtes-vous allé à l'hôpital (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 <b>deux (2) dernières années</b> , 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 <b>douze (12) derniers mois</b> , êtes-vous allé à l'hôpital (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 <b>quatre (4) derniers mois</b> , vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris <b>au moins six (6)</b> médicaments sur ordonnance? <b>N'incluez pas</b> 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. <b>N'incluez pas non plus</b> les médicaments topiques appliqués dans les oreilles, dans les yeux, sur le cuir chevelu ou sur la peau, <b>sauf</b> 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 <b>trois (3) dernières années</b> , avez-vous reçu un diagnostic et/ou un <i>traitement</i> et/ou êtes-vous allé à l'hôpital (pour y être hospitalisé ou être examiné en salle d'urgence) et/ou vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris des médicaments pour <b>deux (2)</b> des affections suivantes (si vous avez souffert d' <b>une (1)</b> seule de ces affections, répondez <b>NON</b> )? <ul style="list-style-type: none"> <li>■ affection cardiaque;</li> <li>■ affection pulmonaire (y compris les affections pulmonaires traitées au moyen d'un ou de plusieurs aérosols-doseurs, ou inhalateurs-doseurs, <b>sauf</b> s'il s'agit d'une seule prescription non renouvelée pour une seule manifestation);</li> <li>■ diabète (traité avec un médicament et/ou l'insuline);</li> <li>■ AVC (accident vasculaire cérébral) ou AIT (accident ischémique transitoire) (y compris la prise d'aspirine ou d'Entrophen pour cette affection);</li> <li>■ maladie vasculaire périphérique (blocage ou rétrécissement des artères);</li> <li>■ maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence.</li> </ul>	<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 votre agent ou votre courtier 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	Proposant 1	Proposant 2
ÉTABLISSEMENT DE LA CATÉGORIE DE TAUX • Partie 1	Proposant 1	Proposant 2
1. Au cours des <b>cinq (5) dernières années</b> , avez-vous reçu un diagnostic et/ou un <i>traitement</i> et/ou êtes-vous allé à l'hôpital (pour y être hospitalisé ou être examiné en salle d'urgence) et/ou vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris des médicaments pour l'une des affections suivantes? <ul style="list-style-type: none"> <li>■ affection cardiaque;</li> <li>■ AVC (accident vasculaire cérébral) ou AIT (accident ischémique transitoire) (y compris la prise d'aspirine ou d'Entrophen pour cette affection);</li> <li>■ anévrisme;</li> <li>■ maladie vasculaire périphérique (blocage ou rétrécissement des artères);</li> <li>■ diabète (traité avec un médicament et/ou l'insuline);</li> <li>■ affection pulmonaire (y compris les affections pulmonaires traitées au moyen d'un ou de plusieurs aérosols-doseurs ou inhalateurs-doseurs, <b>sauf</b> s'il s'agit d'une seule prescription non renouvelée pour une seule manifestation);</li> <li>■ cirrhose du foie;</li> <li>■ maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence, ou maladie de Parkinson.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Au cours des <b>cinq (5) dernières années</b> , avez-vous fumé ou fait usage d'un produit du tabac <b>et</b> 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 <b>six (6) derniers mois</b> , avez-vous reçu des conseils ou un <i>traitement</i> pour une <b>urgence médicale plus d'une (1) fois</b> 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
4. Au cours des <b>trois (3) derniers mois</b> , vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris <b>au moins trois (3)</b> 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

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 <b>deux (2) dernières années</b> , avez-vous reçu un diagnostic et/ou un <i>traitement</i> et/ou êtes-vous allé à l'hôpital (pour y être hospitalisé ou être examiné en salle d'urgence) et/ou vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris des médicaments pour l'une des affections suivantes? <ul style="list-style-type: none"> <li>■ occlusion ou chirurgie intestinale;</li> <li>■ trouble diverticulaire nécessitant la prise de médicaments sur ordonnance ou une intervention chirurgicale;</li> <li>■ saignement gastro-intestinal;</li> <li>■ ulcère(s) saignant(s) ou perforé(s);</li> <li>■ trouble intestinal chronique;</li> <li>■ trouble du foie;</li> <li>■ trouble pancréatique;</li> <li>■ trouble rénal (y compris les calculs rénaux);</li> <li>■ troubles de la vésicule biliaire, y compris les calculs. (En cas d'ablation de la vésicule biliaire, répondez <b>NON</b>.)</li> </ul>	<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 <b>deux (2) dernières années</b> , 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 hématologue 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 <b>douze (12) derniers mois</b> , 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 <b>douze (12) derniers mois</b> , 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, <b>sauf</b> 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 65 ans <b>et</b> avez-vous fait une chute que vous avez signalée à un médecin au cours des <b>six (6) derniers mois</b> ?	<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 <b>deux (2) dernières années</b> , avez-vous fumé ou fait usage d'un produit du tabac?	<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 55 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 54 ans ou moins sont admissibles d'office à la catégorie de taux A.

**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* dans les **trois (3) mois** précédant la date d'effet de votre assurance; et/ou
- une affection cardiaque si, dans les **trois (3) mois** précédant la date d'effet de votre assurance, celle-ci n'était pas *stable* ou vous avez pris une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses; et/ou
- une affection pulmonaire si, dans les **trois (3) mois** précédant la date d'effet de votre assurance, celle-ci 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* dans les **six (6) mois** précédant la date d'effet de votre assurance; et/ou
- une affection cardiaque si, dans les **six (6) mois** précédant la date d'effet de votre assurance, celle-ci n'était pas *stable* ou vous avez pris une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses; et/ou
- une affection pulmonaire si, dans les **six (6) mois** précédant la date d'effet de votre assurance, celle-ci 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* dans les **douze (12) mois** précédant la date d'effet de votre assurance; et/ou
- une affection cardiaque si, dans les **douze (12) mois** précédant la date d'effet de votre assurance, celle-ci n'était pas *stable* ou vous avez pris une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses; et/ou
- une affection pulmonaire si, dans les **douze (12) mois** précédant la date d'effet de votre assurance, celle-ci 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 (Financière Manuvie) une assurance aux termes de la police d'Assurance voyage Financière 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. J'ai lu la police d'Assurance voyage Financière Manuvie et j'en comprends les clauses, les conditions et les exclusions (y compris l'exclusion pour problèmes de santé préexistants) qui s'applique à ma couverture. Il est entendu que si je fais une déclaration mensongère portant sur des faits importants dans la présente proposition, la Financière 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 Financière Manuvie pour fournir des services d'assistance médicale et des services de règlement et/ou à la Financière 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 Financière 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 Financière 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, Financière Manuvie, P.O. Box 4213, Station A, Toronto, Ontario M5C 3G7.

Signature du 1<sup>er</sup> proposant

Signature du 2<sup>e</sup> proposant

Date

(MM/JJ/AAAA)

## 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 <b>PrimeLink Insurance</b>	Numéro de téléphone <b>1 (888) 227-0552</b>	Numéro de télécopieur <b>(519) 974-5885</b>	Code de vente <b>578100</b>
Nom et adresse de la société <b>PrimeLink Insurance PO Box 62, Station A, Windsor ON N9A 6J5</b>		Courriel <b>primelink@travelsense.ca</b>	Code du centre de ressources

## Partie C • Proposition d'assurance

### PROPOSANTS

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

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

**COMPLÉMENT D'ASSURANCE :**  
 Si vous êtes âgé de 55 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 <sup>1</sup>	
<b>Soustrayez</b> le nombre de jours déjà couverts par votre police	=
<b>Nombre total</b> 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

#### Prime totale Soins médicaux d'urgence

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

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

#### 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.							
<b>Calculez la réduction</b> (% x Ligne A)						=	<b>\$ Ligne B</b>

#### VOTRE PRIME

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

**Option de paiement :**  Visa  MasterCard  AMEX  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.**

L'Assurance voyage Financière Manuvie est offerte par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie).

Les régimes sont établis par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Les noms Manuvie et Financière Manuvie, le logo qui les accompagne et le titre d'appel « Pour votre avenir » sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence. <sup>TM</sup> Marques de Commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. © 2011 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Tous droits réservés.