

QUESTIONNAIRE MÉDICAL ET PROPOSITION

Assurance voyage

INSTRUCTIONS

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

1. Si vous êtes âgé de moins de 55 ans, allez à la page 3 pour remplir la proposition.
2. Si vous souscrivez le régime Voyage éclair, vous devez être âgé de 55 à 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 page 2. Lisez attentivement l'**EXCLUSION POUR PROBLÈMES DE SANTÉ PRÉEXISTANTS** – Catégorie de taux D (ci-dessous) et remplissez la proposition à la page 3.
3. Tous les autres proposants doivent remplir le questionnaire médical à la page 2 pour souscrire la présente assurance.
4. Si vous ne savez pas quoi répondre à certaines questions médicales, veuillez consulter votre médecin avant de remplir le présent questionnaire médical.

DÉFINITIONS

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** : un 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 déposée par un médicament générique dont la posologie est la même.

Hôpital – Établissement dûment autorisé à dispenser des services médicaux, chirurgicaux et de diagnostic 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 la grossesse, troubles mentaux ou émotifs nécessitant l'admission à l'hôpital, psychose aiguë.

Problème de santé préexistant – *Problème de santé* que vous aviez 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 *soin 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 les résultats d'une investigation plus poussée de ce *problème de santé*.

Traitement – Procédure médicale, thérapeutique ou de diagnostic prescrite, effectuée ou recommandée par un praticien autorisé incluant, sans s'y limiter, les médicaments sur ordonnance, les tests exploratoires et les interventions chirurgicales relativement à 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.

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 page 2. La catégorie de taux D s'applique aux personnes qui sont admissibles au régime Voyage éclair et qui souscrivent ce régime. 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 :

- 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
- votre 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
- votre affection pulmonaire si, dans les **trois (3) mois** précédant la date d'effet de votre assurance, celle-ci n'était pas *stable* ou vous avez eu besoin d'un *traitement* à l'oxygène ou à la prednisone pour cette affection.

Catégorie de taux B – Nous ne payons aucuns frais liés à :

- 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
- votre 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
- votre affection pulmonaire si, dans les **six (6) mois** précédant la date d'effet de votre assurance, celle-ci n'était pas *stable* ou vous avez eu besoin d'un *traitement* à l'oxygène ou à la prednisone pour cette affection.

Catégorie de taux C – Nous ne payons aucuns frais liés à :

- 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
- votre 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
- votre affection pulmonaire si, dans les **douze (12) mois** précédant la date d'effet de votre assurance, celle-ci n'était pas *stable* ou vous avez eu besoin d'un *traitement* à l'oxygène ou à la prednisone pour cette affection.

Catégorie de taux D – Pour le régime Voyage éclair, nous ne payons aucuns frais liés à :

- un *problème de santé préexistant* pour lequel vous avez pris, vous avez reçu ou l'on vous a prescrit des médicaments ou pour lequel vous avez reçu ou l'on vous a prescrit un *traitement* dans les **trois (3) mois** précédant la date d'effet de votre assurance; et/ou
- votre 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 vous avez reçu ou l'on vous a prescrit un *traitement*, ou vous avez pris une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses; et/ou
- votre 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 vous avez reçu ou l'on vous a prescrit un *traitement*, ou vous avez eu besoin d'un *traitement* à l'oxygène ou à la prednisone pour cette affection.

ASSURANCE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE DE LA FINANCIÈRE MANUVIE — QUESTIONNAIRE

Nom des déclarants (nom de famille et prénom)

1. Proposant 1

2. 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="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
2. Avez-vous besoin de traitements de dialyse rénale?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
3. Avez-vous déjà subi une greffe de moelle osseuse ou d'organe (sauf une greffe de la cornée)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
4. Avez-vous subi un pontage coronarien, une angioplastie ou une chirurgie valvulaire il y a plus de dix (10) ans?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
5. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous reçu un diagnostic de cancer métastatique et/ou un traitement pour cette affection?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6. Au cours des six (6) derniers mois, avez-vous reçu un traitement 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="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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'hôpital (pour y être hospitalisé ou être examiné en salle d'urgence) relativement à une affection pulmonaire?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
9. Au cours des douze (12) derniers mois, êtes-vous allé à l'hôpital (pour y être hospitalisé ou être examiné en salle d'urgence) relativement à une affection cardiaque?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
10. 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 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 les angines.	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
11. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous reçu un diagnostic et/ou un traitement 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 deux (2) des affections suivantes (si vous avez souffert d'une (1) seule de ces affections, répondez NON) : • affection cardiaque; • affection pulmonaire (y compris les affections pulmonaires traitées au moyen d'un ou de plusieurs aérosols-doseurs, ou inhalateurs-doseurs, sauf s'il s'agit d'un médicament d'ordonnance prescrit une seule fois pour un seul épisode); • diabète (traité avec un médicament et/ou l'insuline); • AVC (accident vasculaire cérébral) ou AIT (accident ischémique transitoire) (y compris la prise d'aspirine ou d'Entrophen pour cette affection); • maladie vasculaire périphérique (blocage ou rétrécissement des artères); • maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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

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 et/ou un traitement 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 : • affection cardiaque; • AVC (accident vasculaire cérébral) ou AIT (accident ischémique transitoire) (y compris la prise d'aspirine ou d'Entrophen pour cette affection); • anévrisme; • maladie vasculaire périphérique (blocage ou rétrécissement des artères); • diabète (traité avec un médicament et/ou l'insuline); • affection pulmonaire (y compris les affections pulmonaires traitées au moyen d'un ou de plusieurs aérosols-doseurs ou inhalateurs-doseurs, sauf s'il s'agit d'un médicament d'ordonnance prescrit une seule fois pour un seul épisode); • cirrhose du foie; • maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence, ou maladie de Parkinson?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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 inhalant?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
3. Au cours des six (6) derniers mois, avez-vous reçu des conseils ou un traitement pour une urgence médicale plus d'une (1) fois dans la salle d'urgence d'un hôpital?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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 traitement 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: • occlusion ou chirurgie intestinale; • trouble diverticulaire nécessitant la prise de médicaments sur ordonnance ou une chirurgie; • 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="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Si vous avez répondu OUI relativement à 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 relativement à 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 relativement à 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 traitement 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 sur l'ordre d'un hématalogue ou d'un interniste relativement à un trouble sanguin?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
2. Au cours des douze (12) derniers mois, vous a-t-on prescrit ou avez-vous utilisé un aérosol-doseur ou un inhalant?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
3. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous reçu un diagnostic et/ou un 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="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
4. Êtes-vous âgé de plus de 65 ans et avez-vous fait une chute que vous avez signalée à un médecin au cours des six (6) derniers mois?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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 ou fait usage d'un produit du tabac?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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 à la page 1 du présent formulaire.

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

J'atteste que tous les renseignements que j'ai fournis dans le présent questionnaire médical sont complets et véridiques. 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.

Signature du déclarant 1	Signature du déclarant 2	Date (mm/jj/aaaa)
--------------------------	--------------------------	-------------------

ASSURANCE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE DE LA FINANCIÈRE MANUVIE — PROPOSITION

PROPOSANTS					
Nom de famille, prénom 1. Proposant 1				Date de naissance (mm/jj/aaaa)	
Adresse résidentielle (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 – Destination
Nom de famille, prénom 2. Proposant 2				Date de naissance (mm/jj/aaaa)	
Adresse résidentielle (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 – Destination

VOYAGES MULTIPLES – DURÉE	Couverture pour des voyages multiples effectués durant une période de 365 jours
	Choisissez la durée de vos voyages : <input type="radio"/> 4 jours <input type="radio"/> 10 jours <input type="radio"/> 18 jours <input type="radio"/> 30 jours

VOYAGE UNIQUE – DURÉE	Date de départ (mm/jj/aaaa) (au plus tard 180 jours après la souscription de l'assurance)	COMPLÉMENT D'ASSURANCE – DURÉE	Date d'effet du complément d'assurance (mm/jj/aaaa) (au plus tard 180 jours après la souscription de l'assurance)	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.
	Date de retour (mm/jj/aaaa)		Nombre total de jours de voyage ⁽¹⁾	
	Nombre total de jours ⁽¹⁾ de voyage		Soustrayez le nombre de jours déjà couverts par votre police () Nombre total de jours du complément d'assurance =	

⁽¹⁾ Comptabilisez le jour de votre départ et le jour de votre retour.**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 (Jours x taux quotidien pour durée totale du voyage) ⁽²⁾	Voyages multiples (prime tirée du Tableau des primes)		
			1		\$	\$
2		+	\$	+	\$	
Prime totale (additionnez les taux de prime de tous les proposants)			=	\$ Ligne A	=	\$ Ligne A

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

MOYENS D'ÉCONOMISER	Options						Économies réalisées	
	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 \$		
Économies	0 %	15 %	20 %	35 %	50 %			
Taux réduits 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 les économies réalisées (% x Ligne A =)							\$ Ligne B	

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

Option de paiement :	<input type="radio"/> Visa	<input type="radio"/> MasterCard	<input type="radio"/> Amex	<input type="radio"/> Diners Club	<input type="radio"/> Chèque
N° de la carte de crédit	Date d'expiration (mm/aaaa)	Nom du titulaire de la carte		Signature du titulaire de la carte	

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 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 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.

Autorisation et révocation. J'autorise la Financière Manuvie à utiliser les renseignements fournis dans la présente proposition et figurant dans ses dossiers pour m'offrir ses produits et services. Il est entendu que mon consentement à ce qu'on utilise ces renseignements pour m'offrir des produits ou services est facultatif et que je peux mettre fin à cette utilisation en écrivant à la Financière Manuvie à l'adresse indiquée sur le présent formulaire ou en lui téléphonant. Une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du proposant 1	Signature du proposant 2	Date (mm/jj/aaaa)
--------------------------	--------------------------	-------------------

Veillez remettre la présente proposition avec votre paiement à votre courtier ou conseiller.Assurance voyage Financière Manuvie
P.O.Box 4262, Stn A, Toronto (Ontario) M5W 5T4**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 de compétence.

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) M5W 5M3.

RAPPORT DU CONSEILLER / DE L'AGENT		
Vous confirmez que vous avez communiqué au demandeur les renseignements suivants :		
<ul style="list-style-type: none"> ■ le nom de la 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 l'opération en cause. 		
Votre nom (prénom et nom de famille)	Code du conseiller	Signature ✱

Agent – Veuillez remplir cette section.

Nom de l'agent PrimeLink Insurance	Numéro de téléphone 1-888-227-0552	Numéro de télécopieur 519-974-5885	Code de l'agent 578100
Nom et adresse de la société PrimeLink Insurance PO Box 2, Station A, Windsor ON N9A 6J5	Adresse de courriel primelink@travelsense.ca		Code du centre de ressources

ASSURANCE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE DE LA FINANCIÈRE MANUVIE — TAUX

En vigueur novembre 2010

INSTRUCTIONS

- Les taux de prime indiqués sont les taux par personne.
 - Tous les montants sont en dollars canadiens.
1. Si vous êtes âgé de moins de 55 ans et souscrivez un régime Voyages multiples ou un régime Voyage unique, peu importe la durée de votre voyage, veuillez utiliser la catégorie de taux A.
 2. Si vous êtes âgé de 55 à 74 ans et votre voyage est d'une durée de 17 jours ou moins, pour souscrire le régime Voyage éclair, veuillez utiliser la catégorie de taux D.
 3. Si vous avez rempli le questionnaire médical à la page 2, veuillez utiliser la catégorie de taux à laquelle vous êtes admissible.
 4. Pour calculer la prime des régimes Voyage unique, multipliez le nombre de jours de couverture requis par le taux de prime quotidien approprié qui se trouve dans le tableau des taux.
 5. Pour les compléments d'assurance, multipliez le nombre de jours du complément d'assurance par le taux quotidien applicable au NOMBRE TOTAL de jours de voyage.

COMPLÉMENTS D'ASSURANCE

Le régime Soins médicaux d'urgence – Voyage unique peut servir à compléter la couverture offerte par un régime Voyages multiples de la Financière Manuvie ou un régime souscrit auprès d'un autre assureur. Il vous incombe de vérifier si votre régime d'assurance existant peut être complété par un autre régime sans que vous encouriez une perte de couverture. Le régime Voyage éclair et la catégorie de taux D ne peuvent être utilisés pour compléter un régime Voyages multiples.

Tableaux des taux pour les différentes catégories de taux applicables à l'assurance Soins médicaux d'urgence

Catégorie de taux A+	Régime	N ^{bre} de jours	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85+ ans	
	Soins médicaux d'urgence – Voyages multiples		4	45 \$	58 \$	66 \$	86 \$	90 \$	149 \$	192 \$
		10	63 \$	81 \$	92 \$	116 \$	122 \$	203 \$	261 \$	
		18	94 \$	106 \$	116 \$	136 \$	155 \$	253 \$	326 \$	
		30	139 \$	147 \$	165 \$	193 \$	271 \$	450 \$	578 \$	
Soins médicaux d'urgence – Voyage unique (par jour)			1-17	2,78 \$	3,26 \$	3,85 \$	5,28 \$	8,35 \$	16,56 \$	19,68 \$
			18-30	2,84 \$	3,28 \$	3,88 \$	5,29 \$	8,47 \$	16,65 \$	22,13 \$
			31-60	2,85 \$	3,29 \$	3,90 \$	5,97 \$	9,26 \$	16,93 \$	22,84 \$
			61-90	2,86 \$	3,31 \$	4,08 \$	6,08 \$	10,91 \$	17,68 \$	23,84 \$
		91-120	2,87 \$	3,42 \$	4,51 \$	6,25 \$	11,89 \$	18,44 \$	24,87 \$	
		121-150	2,92 \$	3,82 \$	4,53 \$	6,49 \$	12,33 \$	18,89 \$	25,48 \$	
	151-212	2,96 \$	4,06 \$	5,24 \$	6,90 \$	13,60 \$	19,24 \$	25,97 \$		

Catégorie de taux A	Régime	N ^{bre} de jours	0-25 ans	26-39 ans	40-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-74 ans	85+ ans
	Soins médicaux d'urgence – Voyages multiples		4	32 \$	37 \$	43 \$	51 \$	63 \$	73 \$	95 \$	97 \$	162 \$
		10	44 \$	51 \$	57 \$	69 \$	88 \$	100 \$	128 \$	133 \$	222 \$	289 \$
		18	78 \$	80 \$	88 \$	105 \$	120 \$	131 \$	156 \$	216 \$	359 \$	414 \$
		30	102 \$	119 \$	127 \$	153 \$	162 \$	184 \$	224 \$	316 \$	638 \$	738 \$
Soins médicaux d'urgence – Voyage unique (par jour)		1-17	2,39 \$	2,65 \$	2,99 \$	3,10 \$	3,81 \$	4,66 \$	5,62 \$	9,05 \$	19,23 \$	23,23 \$
		18-30	2,39 \$	2,65 \$	2,99 \$	3,18 \$	3,82 \$	4,68 \$	6,05 \$	9,74 \$	19,28 \$	23,33 \$
		31-60	2,41 \$	2,66 \$	3,00 \$	3,26 \$	3,89 \$	5,05 \$	6,97 \$	10,80 \$	20,32 \$	25,13 \$
		61-90	2,45 \$	2,70 \$	3,02 \$	3,27 \$	4,00 \$	5,41 \$	7,44 \$	13,49 \$	22,21 \$	26,25 \$
		91-120	2,54 \$	2,81 \$	3,15 \$	3,27 \$	4,44 \$	5,70 \$	7,50 \$	14,96 \$	22,77 \$	27,37 \$
		121-150	2,61 \$	2,86 \$	3,24 \$	3,31 \$	4,44 \$	5,84 \$	7,60 \$	15,30 \$	23,10 \$	28,03 \$
		151-212	2,67 \$	2,92 \$	3,30 \$	3,74 \$	4,50 \$	6,93 \$	8,05 \$	15,60 \$	25,30 \$	28,59 \$

Catégorie de taux B	Régime	N ^{bre} de jours	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85+ ans
	Soins médicaux d'urgence – Voyages multiples		4	75 \$	95 \$	109 \$	142 \$	164 \$	217 \$
		10	103 \$	132 \$	151 \$	191 \$	228 \$	296 \$	351 \$
		18	116 \$	144 \$	158 \$	201 \$	290 \$	546 \$	648 \$
		30	169 \$	211 \$	238 \$	305 \$	451 \$	858 \$	1,018 \$
Soins médicaux d'urgence – Voyage unique (par jour)		1-17	3,91 \$	5,19 \$	6,51 \$	7,68 \$	14,10 \$	24,10 \$	28,60 \$
		18-30	4,03 \$	5,35 \$	6,71 \$	7,91 \$	14,54 \$	24,84 \$	29,48 \$
		31-60	4,10 \$	5,86 \$	7,22 \$	8,49 \$	15,61 \$	26,65 \$	33,25 \$
		61-90	4,22 \$	6,30 \$	7,50 \$	8,83 \$	16,30 \$	27,81 \$	34,67 \$
		91-120	4,41 \$	6,59 \$	7,87 \$	9,23 \$	17,24 \$	29,02 \$	36,18 \$
		121-150	4,51 \$	6,74 \$	8,03 \$	9,46 \$	17,75 \$	29,70 \$	38,82 \$
		151-212	4,62 \$	6,88 \$	8,20 \$	10,59 \$	19,50 \$	30,31 \$	41,40 \$

Catégorie de taux C	Régime	N ^{bre} de jours	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85+ ans
	Soins médicaux d'urgence – Voyages multiples		4	86 \$	108 \$	124 \$	163 \$	302 \$	373 \$
		10	118 \$	150 \$	172 \$	218 \$	413 \$	508 \$	741 \$
		18	159 \$	210 \$	296 \$	362 \$	592 \$	937 \$	1,365 \$
		30	253 \$	312 \$	443 \$	549 \$	916 \$	1,468 \$	2,140 \$
Soins médicaux d'urgence – Voyage unique (par jour)		1-17	4,41 \$	7,96 \$	10,52 \$	13,59 \$	21,65 \$	36,24 \$	52,85 \$
		18-30	4,43 \$	7,99 \$	10,85 \$	13,64 \$	22,31 \$	37,36 \$	54,48 \$
		31-60	4,58 \$	8,17 \$	11,62 \$	14,64 \$	23,95 \$	40,11 \$	61,45 \$
		61-90	4,79 \$	8,77 \$	12,45 \$	15,68 \$	25,70 \$	43,02 \$	65,90 \$
		91-120	4,86 \$	8,90 \$	12,67 \$	16,34 \$	26,09 \$	43,70 \$	66,93 \$
		121-150	4,96 \$	9,11 \$	12,97 \$	16,47 \$	26,74 \$	44,74 \$	68,52 \$
		151-212	5,39 \$	9,30 \$	14,54 \$	18,66 \$	27,26 \$	50,20 \$	69,89 \$

Catégorie de taux D	Régime	N ^{bre} de jours	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85+ ans
	Voyage éclair pour les personnes âgées de 55 à 74 ans (par jour)		1-17	4,96 \$	8,14 \$	9,51 \$	11,52 \$	S.O.	S.O.