

Assurance voyage Financière Manuvie

Proposition d'assurance voyage **Visiteurs au Canada**

*Les proposants peuvent choisir le Régime A ou le Régime B. Avant de faire votre choix, veuillez lire la section « Exclusion pour *problèmes de santé préexistants* » qui présente les différences entre le Régime A et le Régime B.

*Tous les proposants doivent remplir les parties 2, 3, 4 et 5.

*Les proposants qui sont âgés de 40 ans et plus et qui choisissent le Régime B doivent aussi remplir la partie 1.

Qui peut souscrire cette assurance?

- Visiteurs au Canada
- Canadiens qui ne sont pas admissibles au régime public d'assurance maladie
- Personnes qui viennent au Canada ou se trouvent au Canada munies d'un visa de travail ou d'un super visa pour parents ou grands-parents
- Nouveaux immigrants qui attendent d'être admissibles à la couverture du régime public d'assurance maladie

Directives

Les questions d'ordre médical nous permettent de déterminer l'admissibilité à l'assurance, d'évaluer les risques et d'établir le taux de prime approprié.

- Admissibilité – Avant de remplir la présente proposition, vous devez vérifier si vous répondez aux critères d'admissibilité. Lisez attentivement au préalable les exclusions et restrictions indiquées à la section « **Critères d'admissibilité** ». Si, après avoir lu cette section, vous déterminez que vous êtes admissible à l'assurance, vous pouvez souscrire le Régime A ou le Régime B.
- Les personnes âgées de 40 à 85 ans qui répondent aux critères pour remplir la présente proposition sont peut-être admissibles au Régime B. Pour y être admissible, il faut pouvoir répondre **NON** à toutes les questions de la **Partie 1 • Questionnaire médical**. Si vous ne savez pas comment répondre à certaines questions d'ordre médical, veuillez consulter votre médecin au préalable.

Options de couverture

Régime Voyage unique : Ce régime procure une couverture Soins médicaux d'urgence pour un seul voyage. La couverture débute et prend fin respectivement à la *date d'effet* et à la date de résiliation indiquées dans votre proposition et dans votre avis de confirmation. Le régime Voyage unique comprend également l'assurance Accident de voyage, qui offre une couverture pouvant atteindre 50 000 \$ CA en cas de blessure ou de décès attribuable à un accident.

Assurance Interruption de voyage : Il s'agit d'une assurance facultative dont la prime additionnelle doit être payée avant la prise d'effet de la couverture. Cette assurance couvre la partie non remboursable et non transférable de votre voyage, si celui-ci est interrompu et si vous devez retourner dans votre pays de résidence en raison d'une situation couverte à laquelle vous, un membre de votre famille immédiate ou un compagnon de voyage faites face.

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.

Activités de la vie quotidienne – Manger, prendre un bain, aller aux toilettes, changer de position (y compris se coucher et sortir du lit et s'asseoir sur une chaise et se relever) et s'habiller.

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. Sont exclus le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique équivalent dont la posologie est la même, et le rajustement périodique de la posologie de votre médicament uniquement en raison de sa concentration dans votre sang, si vous prenez du Coumadin (warfarine) ou de l'insuline et devez faire vérifier régulièrement la concentration de ce médicament dans votre sang et si votre *problème de santé* demeure inchangé.

Date d'effet – Date à laquelle votre couverture débute.

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, centre d'hébergement et de soins de longue durée, foyers pour personnes âgées et établissements de cure.

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

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

Stable : Un *problème de santé* est *stable* si :

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

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

Exclusion pour *problèmes de santé préexistants*

L'exclusion pour *problèmes de santé préexistants* qui s'applique dépend de votre âge et du régime auquel vous êtes admissible, selon vos réponses aux questions d'ordre médical.

Régime A

Jusqu'à l'âge de 85 ans : Nous ne payons pas les frais reliés à un *problème de santé* diagnostiqué ou non, qui existait ou pour lequel vous avez cherché à obtenir ou avez obtenu des conseils médicaux, une consultation médicale ou une investigation médicale, ou pour lequel un *traitement* a été requis ou recommandé par un médecin, au cours des 180 jours précédant la *date d'effet* de l'assurance; à une affection cardiaque si, au cours des 180 jours précédant la *date d'effet* de l'assurance, vous avez eu besoin d'une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses; à une affection pulmonaire si, au cours des 180 jours précédant la *date d'effet* de l'assurance, elle a nécessité un *traitement* à l'oxygène ou à la prednisone.

Régime B

Jusqu'à l'âge de 85 ans : Nous ne payons pas les frais reliés à un *problème de santé préexistant* qui n'était pas *stable* dans les 180 jours précédant la *date d'effet* de l'assurance; à une affection cardiaque si, au cours des 180 jours précédant la *date d'effet* de l'assurance, vous avez eu besoin d'une forme quelconque de nitroglycérine pour soulager des douleurs angineuses; à une affection pulmonaire si, au cours des 180 jours précédant la *date d'effet* de l'assurance, elle a nécessité un *traitement* à l'oxygène ou à la prednisone.

Tous les régimes, peu importe l'âge

Hospitalisation pour un *problème de santé préexistant* : Nous ne payons aucuns frais reliés à un *problème de santé préexistant* pour lequel vous avez été hospitalisé plus d'une fois ou pendant au moins 2 jours consécutifs dans les 12 mois précédant la *date d'effet* de votre assurance.

Critères d'admissibilité

Admissibilité à la couverture

Vous n'êtes **pas admissible** à la couverture offerte par la présente police si l'une des situations suivantes s'appliquent à vous :

- vous voyagez contre l'avis d'un médecin;
- vous avez reçu un diagnostic de maladie en phase terminale qui établit votre espérance de vie à moins de deux ans;
- vous avez une affection rénale nécessitant un *traitement* par dialyse;
- vous avez fait usage d'oxygène à domicile au cours des 12 mois précédant la date de soumission de la proposition;
- vous avez reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou de toute autre forme de démence;
- vous avez moins de 30 jours ou plus de 85 ans (plus de 69 ans dans le cas d'une couverture de 150 000 \$ au titre d'un régime Soins médicaux d'urgence – Voyage unique);
- vous résidez dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, un foyer pour personnes âgées, un autre établissement de soins de longue durée ou un centre de réadaptation; et/ou
- vous avez besoin d'aide pour accomplir les *activités de la vie quotidienne*.

Si, après avoir lu ce qui précède, vous déterminez que vous êtes admissible à l'assurance, vous pouvez la souscrire. Si vous souscrivez le Régime A ou encore si vous avez moins de 40 ans et que vous souscrivez le Régime B, veuillez remplir les parties 2, 3, 4 et 5.

Si vous répondez aux conditions d'admissibilité et que vous avez entre 40 et 85 ans (ou 40 et 69 ans dans le cas d'une couverture Soins médicaux d'urgence – Voyage unique de 150 000 \$), vous pourriez être admissible au Régime B, qui couvre les *problèmes de santé préexistants* qui étaient *stables* au cours des 180 jours précédant la *date d'effet* de l'assurance. Pour souscrire le Régime B, vous devez pouvoir répondre NON à toutes les questions de la partie 1 ci-dessous. Si vous ne savez pas comment répondre à certaines questions d'ordre médical, veuillez consulter votre médecin avant de remplir le questionnaire médical.

Partie 1 - Questionnaire médical

Proposant 1		Proposant 2	
OUI	NON	OUI	NON

Questions d'admissibilité au Régime B, si vous avez 40 ans ou plus

1. Avez-vous subi un pontage coronarien ou une chirurgie valvulaire il y a plus de 10 ans?
2. Souffrez-vous À LA FOIS de diabète (pour lequel vous devez prendre des médicaments) ET d'une affection cardiaque?
3. Avez-vous déjà subi une greffe d'organe?
4. Au cours des deux dernières années :
 - a) vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris du Lasix ou du furosémide pour quelque affection que ce soit; et/ou
 - b) avez-vous souffert d'insuffisance cardiaque congestive; et/ou
 - c) avez-vous eu besoin d'un *traitement* à l'oxygène ou à la prednisone (ou à un autre stéroïde, à l'exclusion des inhalateurs-doseurs) en raison d'une affection pulmonaire?
5. Au cours des 12 derniers mois :
 - a) avez-vous commencé un *traitement* et/ou reçu un diagnostic pour une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral, un accident ischémique transitoire (AIT) ou une hémorragie interne; et/ou
 - b) avez-vous reçu un diagnostic de cancer, ou encore un *traitement* de chimiothérapie, de radiothérapie ou tout autre type de *traitement* pour un cancer; et/ou
 - c) avez-vous été hospitalisé pendant au moins 24 heures pour une maladie ou un trouble de nature gastro-intestinale?

Si vous avez répondu OUI à AU MOINS UNE des questions d'admissibilité au RÉGIME B, vous **ne pouvez pas** souscrire le RÉGIME B.

Si vous avez répondu NON à TOUTES les questions d'admissibilité au RÉGIME B, vous **pouvez** souscrire le RÉGIME B. Veuillez remplir la section ci-dessous, puis remplir les parties 2, 3, 4 et 5.

J'atteste que les renseignements fournis dans ce questionnaire médical sont véridiques et complets, et que je réponds aux critères d'admissibilité du régime suivant :

Proposant 1 :	Régime A	Régime B	Nom de famille	Prénom	
Signature _____				Date	JJ/MM/AAAA
Proposant 2 :	Régime A	Régime B	Nom de famille	Prénom	
Signature _____				Date	JJ/MM/AAAA

Partie 2 – Proposition d'assurance

Renseignements personnels – Veuillez utiliser un autre formulaire de proposition s'il y a plus de 2 proposant.

Nom de famille	Prénom	Date de naissance JJ/MM/AAAA
Proposant 1		JJ/MM/AAAA
Proposant 2		JJ/MM/AAAA
Enfant à charge		JJ/MM/AAAA
Enfant à charge		JJ/MM/AAAA
Enfant à charge		JJ/MM/AAAA
Enfant à charge		JJ/MM/AAAA

Adresse du domicile	N° d'app.	Ville	Pays
Adresse au Canada	N° d'app.	Ville	Province Code postal
Téléphone au domicile	Personne à contacter au Canada en cas d'urgence : Nom		
Lien	Téléphone	Date d'arrivée au Canada	JJ/MM/AAAA
Date de la proposition	JJ/MM/AAAA	Souhaitez-vous souscrire cette assurance en raison de votre demande de super visa?	Oui Non

Sélection de la couverture

Régimes Voyage unique

Soins médicaux d'urgence – Couverture demandée : 15 000 \$ 25 000 \$ 50 000 \$ 100 000 \$ 150 000 \$ (jusqu'à 69 ans)

Régime A Couverture individuelle OU Couverture familiale (jusqu'à 59 ans) Régime B Couverture individuelle

Assurance facultative – Voyage unique seulement

Interruption de voyage Couverture individuelle OU Couverture familiale (jusqu'à 59 ans)

Durée de la couverture

Pour Régimes Voyage unique

Date d'effet* JJ/MM/AAAA Premier jour + 1

Date du retour JJ/MM/AAAA Plus dernier jour + 1

Plus nombre de jours entre la date d'effet et la date de retour +

*Dans les 365 jours qui suivent la souscription Égale nombre total de jours de couverture = LIGNE A

Partie 3 – Calcul de vos primes

Les tableaux suivants ne doivent être utilisés que si tous les proposants souscrivent le même régime et choisissent la même franchise. Si cela n'est pas le cas, veuillez utiliser une proposition d'assurance distincte pour chaque proposant.

Calcul de vos primes – La prime exigible pour votre couverture dépend du régime choisi, de votre âge et de la durée du voyage. Veuillez vous reporter au tableau des taux et inscrire la prime applicable. Pour calculer la prime des régimes Voyage unique, multipliez le nombre de jours de couverture requis (Ligne A) par le taux de prime quotidien correspondant indiqué dans le tableau.

Soins médicaux d'urgence

Proposant	Nombre de jours x prime quotidienne	Prime
1.	X	\$
2.	X	+ \$
Couverture familiale	X Deux fois le taux de prime du voyageur le plus âgé (moins de 60 ans)	\$
Prime totale (somme des primes de tous les proposants ou prime de la couverture familiale)		= \$
Franchise et suppléments ou réduction : Tous les taux publiés de l'assurance Soins médicaux d'urgence incluent une franchise de 75 \$. Vous pouvez choisir l'une des franchises ci-dessous pour les régimes Soins médicaux d'urgence (Voyage unique) :		
0 \$ Supplément de 5 % Coefficient de 1,05	75 \$ Supplément de 0 % Coefficient de 1,00	
500 \$ Économies de 15 % Coefficient de 0,85	1 000 \$ Économies de 20 % Coefficient de 0,80	
2 500 \$ Économies de 25 % Coefficient de 0,75	5 000 \$ Économies de 35 % Coefficient de 0,65	X COEFFICIENT
PRIME TOTALE POUR L'ASSURANCE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE		= LIGNE B \$

Interruption de voyage

Proposant	Nombre de jours x prime quotidienne	Prime
1.	X	\$
2.	X	+ \$
Couverture familiale	X Trois fois le taux de prime du voyageur le plus âgé (moins de 60 ans)	\$
Prime totale (somme des primes de tous les proposants ou prime de la couverture familiale)		= LIGNE C \$
Total des primes figurant aux lignes B et C		\$

Partie 4 – Paiement

Par chèque (payable à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers)

Veuillez envoyer la présente proposition ainsi que votre chèque à votre agent ou conseiller.

Pour adhérer au service en toute sécurité au moyen de votre carte de crédit, veuillez communiquer avec votre agent ou conseiller.

Partie 5 – Déclaration du proposant

Tous les proposant doivent remplir cette section.

Déclaration. Je demande à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) une assurance au titre de la police d'Assurance voyage Visiteurs au Canada de Financière Manuvie. J'atteste que tous les renseignements que j'ai fournis dans la présente proposition d'assurance, y compris dans le questionnaire médical qui y était joint à l'origine, sont véridiques et complets. Je comprends que cette couverture est soumise aux conditions, restrictions et exclusions applicables, et qu'un montant payable peut être limité ou refusé. Il est entendu que si je déforme un fait important dans la présente proposition, Manuvie annulera ma police et je ne serai couvert par aucune garantie au titre de cette police. J'autorise tout *hôpital*, tout médecin, tout autre professionnel de la santé ou tout autre organisme ou toute autre personne qui possède des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé à fournir à Active Care Management ainsi qu'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 subséquente.

Une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du 1^{er} proposant _____ Signé à _____ Ville, Province _____ Date JJ/MM/AAAA

Signature du 2^e proposant _____ Signé à _____ Ville, Province _____ Date JJ/MM/AAAA

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, 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 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, Manuvie, P.O. Box 1602, Del. Stn. 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6.

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

Vous confirmez avoir communiqué au proposant les renseignements suivants :

- le nom de la compagnie ou des compagnies 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 cette opération.

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

Agent/Conseiller – Veuillez remplir cette section

Nom de l'agent	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	Code de vente
Nom et adresse de la société		Courriel	Code de centre de ressources

Agent/Conseiller – Veuillez envoyer les formulaires de proposition dûment remplis à :
Assurance voyage Financière Manuvie, P.O. Box 4262, Stn A, Toronto (Ontario) M5W 5T4
1 866 814-2675

Pour obtenir de plus amples renseignements, visitez le site **manuvie.ca**.
Pour parler à un représentant de Manuvie, composez le **1 888 626-8543**.



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

Manuvie, le M stylisé, et Manuvie & M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisées par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence.
© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2021. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande. Rendez-vous à l'adresse **manuvie.ca/accessibilite** pour obtenir de plus amples renseignements.