

pour les retraités de
Bell et ses compagnies

Faites parvenir votre proposition dûment remplie à l'adresse suivante :
2665, rue King Ouest, bureau 650, Sherbrooke (Québec) J1L 2G5
Votre chèque doit être tiré à l'ordre de RSA.

Composez le 1 877 359-8517, un de nos représentants se fera un plaisir de vous servir.

Nos heures de bureau sont de 8 h à 20 h, du lundi au vendredi et de 9 h à 17 h, le samedi (heure de l'Est).

À l'usage exclusif des agents de vente

10 05 APM FCA 0519 000

Proposant 1 - n° du contrat :	Proposant 2 - n° du contrat :	Date d'émission (J/M/A) :
-------------------------------	-------------------------------	---------------------------

La présente proposition doit être remplie avant la date d'effet. **VOUS SEUL** pouvez remplir et signer le questionnaire médical, et non votre conjoint ou votre agent de vente. Si vous devez apporter des corrections à vos réponses aux questions d'ordre médical de cette proposition, veuillez appeler votre agent de vente pour obtenir les instructions.

A - Renseignements personnels

Proposant 1		
Prénom	Nom de famille	Date de naissance (J/M/A) / /
N° d'identification du régime d'assurance collective de Bell		Date d'expiration (J/M/A) - si applicable / /
Proposant 2		
Prénom	Nom de famille	Date de naissance (J/M/A) / /
N° d'identification du régime d'assurance collective de Bell		Date d'expiration (J/M/A) - si applicable / /
Adresse au domicile		
Rue	Ville	Province
Code postal	Téléphone	Courriel
Adresse à la destination		
Rue	Ville	Province / État / Pays
Code postal	Téléphone	Courriel (si différent de celui à la maison)
En cas d'urgence		
Prénom	Nom de famille	Téléphone

B - Définitions

Tout au long du questionnaire médical, les mots définis sont en italique. Veuillez vous référer aux définitions, car ce sont des termes importants.

- Maladie en phase terminale** : signifie qu'en raison de votre état de santé, un médecin estime que vous avez une espérance de vie de moins de six mois ou que des soins palliatifs ont été reçus.
- Cancer métastatique** : s'entend d'un cancer qui s'est propagé de son point original à une ou plusieurs autres parties du corps.
- Traité** : signifie que vous avez été hospitalisé ou qu'on vous a prescrit un médicament (incluant prescrit au besoin), que vous avez pris ou que vous prenez actuellement un médicament ou que vous avez subi une intervention médicale ou chirurgicale. Notez que l'aspirine/entrophén n'est pas considérée un traitement.
- Stable** : signifie tout état de santé (autre qu'une *affection mineure*) pour lequel les énoncés suivants sont vrais :
 - Aucun nouveau diagnostic n'a été prononcé ni aucun nouveau traitement ni médicament d'ordonnance n'a été prescrit.
 - Il n'y a eu aucun changement de fréquence ou de type de traitement reçu ni aucun changement de quantité, de fréquence ou de type de médicament pris.
Exceptions : les ajustements courants de Coumadin, de Warfarine, d'insuline ou de médicament pour contrôler le diabète par voie orale (à condition qu'ils ne soient pas nouvellement prescrits ou interrompus) ainsi que le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique (pourvu que la posologie n'ait pas été modifiée).
- Affection mineure** : s'entend de toute maladie ou blessure qui ne requiert pas : la consommation de médicaments pendant une période de plus de 15 jours ; plus d'une visite de suivi chez le médecin, une hospitalisation, une intervention chirurgicale ; ou d'être dirigé vers un spécialiste ; et qui prend fin au moins 30 jours consécutifs avant chacun des voyages prévus. Toutefois, un état chronique, ou toute complication liée à un état chronique, n'est pas considéré comme une affection mineure.
- Examen médical régulier** : s'entend de tout examen médical périodique qui n'est pas lié à un problème de santé ou un symptôme particulier et qui est mené dans le but de vérifier votre état de santé général.

Avis Importants

Avis important à propos des changements à votre état de santé : Si votre état de santé subit un changement ou ne demeure pas *stable* entre la date à laquelle vous complétez et soumettez ce questionnaire médical et votre date d'effet, vous devez revoir la proposition avec votre agent de vente. Si vous n'êtes plus admissible ou ne remplissez plus les conditions prescrites pour le régime d'assurance que vous avez souscrit et que vous ne communiquez pas avec votre agent de vente, votre demande de règlement sera rejetée, l'assureur annulera votre contrat et la prime que vous aurez acquittée vous sera remboursée ; ce qui signifie qu'aucune des garanties ne sera couverte et que vous serez responsable pour toutes les dépenses relatives à votre blessure ou maladie, incluant les coûts de rapatriement. Si vous souscrivez un régime annuel multivoyage, et que votre état de santé subit un changement ou ne demeure pas *stable* après la date d'effet, cet état de santé pourrait ne pas être couvert (voir les exclusions relatives aux affections préexistantes).

Avis important à propos de vos renseignements personnels : En soumettant cette proposition, vous acceptez que Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances (« nous ») puisse recueillir, utiliser et divulguer vos renseignements personnels (y compris les échanges de ces informations avec votre courtier, nos affiliés, nos fournisseurs de services et les organisations qui peuvent vous référer à nous ainsi que les associations professionnelles dont vous êtes membre) aux fins de fixation de primes, d'administration du contrat d'assurance, d'amélioration de l'expérience client, d'administration des arrangements d'aiguillage ainsi que pour d'autres fins légales décrites dans notre document intitulé Protection de la vie privée du client. Pour lire ce document, veuillez consulter le site www.assurancevoyagersa.com.

**Je comprends qu'en cas de sinistre, l'assureur examinera les réponses que j'ai fournies ici-même pour en vérifier l'exactitude.
Si l'une ou l'autre de mes réponses est inexacte, ma demande de règlement sera refusée.**

C - Êtes-vous admissible ?

1. Veuillez confirmer votre admissibilité à souscrire cette assurance.

Vous devez remplir les conditions suivantes afin d'être admissible à cette assurance :

- Vous devez être couvert par le régime d'assurance collective de Bell ;
- Vous devez être un résident canadien et être couvert par le régime public d'assurance maladie (RPAM) de votre province ou territoire de résidence du Canada pour la durée totale de votre voyage ;
- Vous NE devez PAS voyager en dépit d'une contre-indication médicale ou avoir reçu un diagnostic de **maladie en phase terminale** ou de **cancer métastatique** ;
- Vous NE devez PAS présenter de **troubles rénaux** nécessitant la dialyse ;
- On NE doit PAS vous avoir prescrit d'**oxygène à domicile** et vous NE devez PAS en avoir utilisé au cours des 12 mois précédant votre date de souscription ; et
- Vous devez être âgé d'au moins 15 jours.

De plus, si vous demandez à souscrire le Régime voyage unique de l'assurance non médicale ou le Régime annuel multivoyage de l'assurance non médicale :

Cette assurance doit être :

- a) établie au Canada relativement à des dispositions de voyages réservés auprès d'un fournisseur de services de voyage ; et
- b) souscrite avant la date prévue de votre départ de votre province, de votre territoire de résidence ou du Canada.

	Proposant 1	Proposant 2
<input type="checkbox"/> Admissible <input type="checkbox"/> Non admissible	<input type="checkbox"/> Admissible <input type="checkbox"/> Non admissible	<input type="checkbox"/> Admissible <input type="checkbox"/> Non admissible

Si vous êtes admissible et désirez adhérer au régime Canada, au régime Vacances express pour les 60 à 79 ans, au régime voyage unique de l'assurance non médicale ou au régime annuel multivoyage de l'assurance non médicale, passez directement à la partie I.
Si vous êtes admissible et désirez adhérer à tout autre régime, passez à la partie D.

D - Nécessitez-vous le régime de tarification médicale ?

2. Avez-vous subi un **pontage aorto-coronarien** ou une **angioplastie** (incluant l'installation d'un tuteur coronarien) il y a plus de 12 ans ?
3. Avez-vous déjà subi une **greffe de moelle osseuse** ou une **greffe d'organe** (excluant une transplantation cornéenne) ?
4. Avez-vous un **anévrisme** de 4,0 cm ou plus qui n'a pas été opéré ?
5. Au cours des 5 dernières années, avez-vous reçu un diagnostic ou été *traité* pour une **insuffisance cardiaque** ou **cardiomyopathie** ou prenez-vous actuellement du **Lasix**, du **Furosémide** ou un **diurétique** (excluant un diurétique prescrit uniquement pour l'hypertension) ?

	Proposant 1	Proposant 2
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez répondu OUI à au moins UNE question de la partie D, contactez votre agent de vente.
Autrement, veuillez passer à la partie E.

E - Utilisez-vous des produits du tabac ?

6. Au cours des 5 dernières années, avez-vous fumé ou utilisé des produits du tabac ?

	Proposant 1	Proposant 2
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez répondu OUI à la question 6, vos primes seront majorées de 20 %. Veuillez passer à la partie F.

F - Quel régime s'applique ?

PARTIE 1 - AVANTAGE OU STANDARD ?

7. Au cours des 10 dernières années, avez-vous reçu un diagnostic ou été *traité* pour n'importe quelle **affection cardiaque**, ou possédez-vous un tuteur coronarien, un shunt, un stimulateur cardiaque et/ou un défibrillateur ?
8. Au cours des 5 dernières années, avez-vous reçu un diagnostic ou été *traité* pour :
 - a) Le **diabète** ou l'**intolérance au glucose** (prédiabète) ?
 - b) Un **accident vasculaire cérébral** (AVC) ou une **ischémie cérébrale transitoire** (ICT) ?
 - c) Une **maladie vasculaire périphérique**, une **sténose de la carotide** ou n'importe quel rétrécissement ou obturation d'une artère, à l'exclusion d'une maladie aorto-coronarienne ?
 - d) Une **affection pulmonaire** (incluant prescription pour aérosol-doseur/inhalateur) excluant le cancer du poumon, une embolie pulmonaire ou une **affection mineure** ?
 - e) La **démence** ou la **maladie d'Alzheimer** ?
 - f) Le **cancer** (excluant le carcinome baso-cellulaire ou épidermoïde) ?

	Proposant 1	Proposant 2
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

9. Au cours des 2 dernières années, avez-vous reçu un diagnostic ou été traité pour l'une ou l'autre de ces maladies :

- **Maladie de Crohn ou colite ulcéreuse ?**
- **Saignements gastro-intestinaux, occlusion intestinale** ou avez-vous subi une **chirurgie de l'intestin ?**
- **Maladie du rein** (pierres comprises), à l'exception du cancer du rein ?
- **Maladie du foie**, à l'exception du cancer du foie ?
- **Maladie de la vésicule biliaire** (pierres comprises), à l'exception du cancer de la vésicule biliaire ? Ne s'applique pas si votre vésicule biliaire a été enlevée.
- **Pancréatite ?**

Oui Non Oui Non

Si vous avez répondu NON à TOUTES les questions de la partie 1, veuillez passer à la partie 2.
Si vous avez répondu OUI à SEULEMENT 1 question de la partie 1, vous êtes admissible au programme Avantage. Si vous avez répondu OUI à 2 questions OU PLUS de la partie 1, vous êtes admissible au programme Standard. Veuillez passer à la partie G.

PARTIE 2 - SUPRÊME OU ÉLITE ?

10. Est-ce que plus de 24 mois se sont écoulés depuis votre dernier **examen médical régulier** avec un médecin ou une infirmière praticienne autorisée ?

Oui Non Oui Non

11. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu un diagnostic ou été traité pour :

a) **Hypertension ?**

Oui Non Oui Non

b) **Mauvais cholestérol (LBD) élevé ?**

Oui Non Oui Non

Si vous avez répondu NON à TOUTES les questions de la partie 2, vous êtes admissible au programme Suprême. Si vous avez répondu OUI à N'IMPORTE LAQUELLE des questions de la partie 2, vous êtes admissible au programme Élite. Veuillez passer à la partie G.

G - Tableau de qualification

VEUILLEZ INDIQUER LE PROGRAMME AUQUEL VOUS ÊTES ADMISSIBLE et lire les exclusions relatives aux affections préexistantes.

Vous êtes admissible au programme	Période de stabilité	Proposant 1	Proposant 2
Suprême	90 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élite	90 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avantage	365 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Standard	365 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exclusions relatives aux affections préexistantes

La présente assurance ne couvre pas les pertes ni les frais occasionnés directement ou indirectement, en totalité ou en partie, par :

1. Une maladie, une blessure ou un problème de santé (autre qu'une *affection mineure*) qui n'était pas *stable* à quelque moment au cours de la période de stabilité applicable précédant la date de chaque départ.
2. Un trouble cardiaque, si **tout** trouble cardiaque, quel qu'il soit, n'était pas *stable*, à quelque moment au cours de la période de stabilité applicable précédant la date de chaque départ.
3. Une affection pulmonaire, si :
 - a) **toute** affection pulmonaire, quelle qu'elle soit, n'était pas *stable* ; ou
 - b) vous avez été *traité* à l'oxygène à domicile ou pris des stéroïdes par voie orale (p. ex., de la prednisonne) pour **toute** affection pulmonaire, quelle qu'elle soit ; et ce, à n'importe quel moment au cours de la période de stabilité applicable précédant la date de chaque départ.

H - Accord et autorisation

Vous devez lire chacun des énoncés suivants, en comprendre l'importance et **apposer votre signature ci-dessous.**

- Une maladie ou un symptôme apparu avant mon départ peut faire l'objet d'une **EXCLUSION POUR AFFECTIONS PRÉEXISTANTES**. Je comprends que tout problème de santé que je pourrais avoir, y compris ceux déclarés à la **PARTIE F**, sera assujéti aux exclusions relatives aux affections préexistantes. Je me référerai à mon contrat d'assurance pour connaître les détails complets des exclusions relatives aux affections préexistantes.
- Lorsqu'en remplissant mon questionnaire médical, j'étais dans le doute quant à mes antécédents médicaux, j'ai consulté mon médecin. J'ai rempli moi-même ce questionnaire médical et j'atteste que tous les renseignements qu'il renferme sont exacts et complets. En cas de sinistre, l'assureur examinera les réponses que j'ai fournies pour en vérifier l'exactitude. Je comprends parfaitement qu'en cas de sinistre, si l'une ou l'autre de mes réponses est inexacte, l'assureur peut annuler mon contrat et ma demande de règlement sera refusée, que la réponse inexacte ou incorrecte soit liée ou non à la cause de ma demande de règlement, ou qu'elle me rende inadmissible à l'assurance, ou qu'elle entraîne seulement une hausse de la prime applicable. Je comprends que les réponses fournies dans ce questionnaire médical constituent un élément essentiel à l'appréciation du risque et qu'elles représentent le fondement même de cette assurance.
- Je comprends qu'en cas de réclamation ou d'urgence, avant d'obtenir des soins médicaux, je dois communiquer avec Gestion Global Excel inc. pour obtenir une approbation préalable. Le numéro de téléphone sans frais se trouve sur ma carte d'assistance et dans mon contrat d'assurance. S'il n'est pas raisonnablement possible pour moi de communiquer avec Gestion Global Excel inc. avant d'obtenir des soins

médicaux, en raison de la nature de mon urgence, je dois demander à quelqu'un d'autre de téléphoner en mon nom ou téléphoner dès qu'il est raisonnablement possible sur le plan médical de le faire, à défaut de quoi, les prestations exigibles seront limitées à ce qui suit :

- 80 % des frais admissibles dans le cas d'une hospitalisation, selon les frais raisonnables et courants, jusqu'à concurrence de 25 000 \$;
- une visite par maladie ou par blessure dans le cas d'une consultation médicale externe.

Je serai responsable de payer tous les frais restants.

- Autorisation médicale en cas de réclamation – Je comprends que la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances et Gestion Global Excel inc. puissent examiner ma réclamation. En signant le présent questionnaire médical, j'autorise tout médecin, professionnel de la santé, hôpital ou autre établissement de santé, pharmacien, le ministère de la Santé ou toute autre personne m'ayant traité ou examiné ou pouvant détenir un dossier ou des renseignements sur ma personne ou mon état de santé, à transmettre à la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances, et à Gestion Global Excel inc. tout renseignement relatif à une maladie, blessure corporelle accidentelle, antécédents médicaux, consultations, médicaments ou traitements me concernant ainsi que des copies de tous mes dossiers hospitaliers et médicaux dans le but d'examiner ma demande de règlement.
- Je comprends que certaines conditions peuvent s'appliquer et avoir une incidence sur ma couverture. Pour obtenir plus d'informations, je lirai mon contrat d'assurance.



Signature du proposant 1

Date de signature (J/M/A)



Signature du proposant 2

Date de signature (J/M/A)

I - Information sur le voyage

Sélectionnez le type de régime choisi et un des programmes pour lesquels vous vous qualifiez.

Proposant 1

RÉGIMES

RÉGIMES D'ASSURANCE VOYAGE POUR SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

Régime annuel multivoyage de l'assurance voyage pour soins médicaux :

4 jours 9 jours 16 jours 30 jours¹

Date d'effet (J/M/A) : ___/___/___

Régime voyage unique de l'assurance voyage pour soins médicaux

Régime Vacances express pour les 60 à 79 ans Régime Canada

Date de départ (J/M/A) : ___/___/___ Date de retour (J/M/A) : ___/___/___

RÉGIMES D'ASSURANCE VOYAGE NON MÉDICALE

Régime annuel multivoyage de l'assurance non médicale :

4 jours 9 jours 16 jours 30 jours¹

Date d'effet (J/M/A) : ___/___/___

Régime voyage unique de l'assurance non médicale

Valeur du voyage (jusqu'à concurrence de 25 000 \$) : _____ \$

Date de départ (J/M/A) : ___/___/___ Date de retour (J/M/A) : ___/___/___

COMPLÉMENT D'ASSURANCE

Régime voyage unique de l'assurance voyage pour soins médicaux – Complément d'assurance

Complément d'assurance pour le Régime annuel multivoyage de l'assurance non médicale²

Date de départ (J/M/A) : ___/___/___ Nombre de jours assurés : _____

Date d'effet du complément d'assurance³ (J/M/A) : ___/___/___

Date de retour (J/M/A) : ___/___/___

Nom de l'autre assureur (le cas échéant) : _____

¹ Le Régime annuel multivoyage de 30 jours est offert uniquement aux personnes de 79 ans ou moins.

² Le complément d'assurance pour le Régime annuel multivoyage de l'assurance non médicale ne comprend pas l'annulation de voyage.

³ Le complément d'assurance prendra effet le lendemain de la cessation de votre couverture existante.

QUALIFICATION (proposants ayant rempli le questionnaire médical)

Suprême Élite Avantage Standard

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DE BELL

Profitez-vous de garanties d'assurance voyage en vertu de votre régime d'assurance collective auprès de Bell? Oui Non

Si vous profitez de garanties d'assurance voyage en vertu de votre régime d'assurance collective auprès de Bell, votre franchise s'applique par personne, par année. Nous effectuons la coordination de la franchise auprès de votre régime d'assurance collective de Bell.

Si vous ne profitez pas de garanties d'assurance voyage en vertu de votre régime d'assurance collective auprès de Bell, votre franchise s'applique par personne, par voyage et elle demeure la responsabilité de l'assuré.

OPTIONS DE FRANCHISE (si vous choisissez le Régime annuel multivoyage ou le Régime voyage unique de l'assurance voyage pour soins médicaux)

0 \$ (+10 %) 1 000 \$ CA (0 %) 5 000 \$ CA (-25 %)

10 000 \$ CA (-35 %) 25 000 \$ CA (-50 %)

CONSUMMATEUR DE TABAC (proposants ayant rempli le questionnaire médical)

Au cours des 5 années précédant votre demande, avez-vous fumé ou utilisé des produits du tabac? Oui Non

Proposant 2

RÉGIMES

RÉGIMES D'ASSURANCE VOYAGE POUR SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

Régime annuel multivoyage de l'assurance voyage pour soins médicaux :

4 jours 9 jours 16 jours 30 jours¹

Date d'effet (J/M/A) : ___/___/___

Régime voyage unique de l'assurance voyage pour soins médicaux

Régime Vacances express pour les 60 à 79 ans Régime Canada

Date de départ (J/M/A) : ___/___/___ Date de retour (J/M/A) : ___/___/___

RÉGIMES D'ASSURANCE VOYAGE NON MÉDICALE

Régime annuel multivoyage de l'assurance non médicale :

4 jours 9 jours 16 jours 30 jours¹

Date d'effet (J/M/A) : ___/___/___

Régime voyage unique de l'assurance non médicale

Valeur du voyage (jusqu'à concurrence de 25 000 \$) : _____ \$

Date de départ (J/M/A) : ___/___/___ Date de retour (J/M/A) : ___/___/___

COMPLÉMENT D'ASSURANCE

Régime voyage unique de l'assurance voyage pour soins médicaux – Complément d'assurance

Complément d'assurance pour le Régime annuel multivoyage de l'assurance non médicale²

Date de départ (J/M/A) : ___/___/___ Nombre de jours assurés : _____

Date d'effet du complément d'assurance³ (J/M/A) : ___/___/___

Date de retour (J/M/A) : ___/___/___

Nom de l'autre assureur (le cas échéant) : _____

¹ Le Régime annuel multivoyage de 30 jours est offert uniquement aux personnes de 79 ans ou moins.

² Le complément d'assurance pour le Régime annuel multivoyage de l'assurance non médicale ne comprend pas l'annulation de voyage.

³ Le complément d'assurance prendra effet le lendemain de la cessation de votre couverture existante.

QUALIFICATION (proposants ayant rempli le questionnaire médical)

Suprême Élite Avantage Standard

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DE BELL

Profitez-vous de garanties d'assurance voyage en vertu de votre régime d'assurance collective auprès de Bell? Oui Non

Si vous profitez de garanties d'assurance voyage en vertu de votre régime d'assurance collective auprès de Bell, votre franchise s'applique par personne, par année. Nous effectuons la coordination de la franchise auprès de votre régime d'assurance collective de Bell.

Si vous ne profitez pas de garanties d'assurance voyage en vertu de votre régime d'assurance collective auprès de Bell, votre franchise s'applique par personne, par voyage et elle demeure la responsabilité de l'assuré.

OPTIONS DE FRANCHISE (si vous choisissez le Régime annuel multivoyage ou le Régime voyage unique de l'assurance voyage pour soins médicaux)

0 \$ (+10 %) 1 000 \$ CA (0 %) 5 000 \$ CA (-25 %)

10 000 \$ CA (-35 %) 25 000 \$ CA (-50 %)

CONSUMMATEUR DE TABAC (proposants ayant rempli le questionnaire médical)

Au cours des 5 années précédant votre demande, avez-vous fumé ou utilisé des produits du tabac? Oui Non

J - Prime et mode de paiement

Veuillez remplir la page Calcul de la prime pour déterminer la prime totale de chaque proposant. Pour les taux du complément d'assurance du Régime annuel multivoyage de l'assurance non médicale, communiquez avec votre agent de vente.

Si vous désirez adhérer au Régime Canada, au Régime Vacances express pour les 60 à 79 ans, au Régime voyage unique de l'assurance non médicale ou au Régime annuel multivoyage de l'assurance non médicale, utilisez le formulaire [Calcul de la prime – régimes sans questionnaire médical](#).

Si vous désirez adhérer à tout autre régime, utilisez le formulaire [Calcul de la prime – régimes avec questionnaire médical](#).

Prime totale

Proposant 1

\$

+

Proposant 2

\$

=

TOTAL

\$

Mode de paiement

Visa MasterCard AMEX Chèque tiré à l'ordre de RSA.

Information de carte de crédit

Numéro de la carte de crédit

Expiration (M/A)

Nom du détenteur de la carte

Page 4 de 4

Signature du détenteur de la carte

Date de signature (J/M/A)