

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 APP FCA 0519 000

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

AVIS IMPORTANT

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.

A- Êtes-vous admissible ?

Pour être admissible à la présente assurance, vous devez satisfaire aux critères suivants :

- 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 de votre province ou territoire de résidence au Canada pour la durée totale de votre voyage.
- Vous NE devez PAS voyager contre l'avis du médecin ni avoir reçu un diagnostic de *maladie en phase terminale* ou de *cancer métastatique*.
- Vous NE devez PAS présenter de troubles rénaux nécessitant la dialyse.
- Vous NE devez PAS avoir reçu de prescription d'oxygène à domicile ou en avoir utilisé au cours des 12 mois précédant la date de votre demande d'assurance.
- 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 :

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

B - Définitions

Tout au long de la proposition, 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.
- 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).

- Aucun nouveau symptôme n'est apparu ni aucune hausse dans la fréquence ou la sévérité des symptômes.
 - Les résultats de tests ne témoignent d'aucune détérioration de l'état de santé.
 - Il n'y a eu aucune hospitalisation ou renvoi à un spécialiste (effectué ou recommandé) et/ou vous n'attendez pas de résultats ni d'examen plus poussés relativement à tel problème de santé.
- 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.

C - Exclusions relatives aux affections préexistantes

Une exclusion relative aux affections préexistantes peut s'appliquer à des problèmes de santé et/ou des symptômes présents avant votre voyage. L'exclusion est la suivante :

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

- Une maladie, une blessure ou un état de santé (autre qu'une *affection mineure*) qui n'était pas *stable* à n'importe quel moment au cours des 90 jours précédant la date de chaque départ.
- Un trouble cardiaque, si **tout** trouble cardiaque, quel qu'il soit, n'était pas *stable* à n'importe quel moment au cours des 90 jours précédant la date de chaque départ.
- Une affection pulmonaire, si :
 - toute** affection pulmonaire, quelle qu'elle soit, n'était pas *stable* ; ou
 - vous avez été traité à l'oxygène à domicile ou pris des stéroïdes par voie orale (p. ex., de la prednisone) pour **toute** affection pulmonaire, quelle qu'elle soit ; et ce, à n'importe quel moment au cours des 90 jours précédant la date de chaque départ.

D - Renseignements personnels (si vous choisissez la couverture familiale, inscrivez le membre de la famille le plus âgé en tant que proposant 1)

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

D - Renseignements personnels (suite)

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
------------------	--------	----------------	-----------

POUR LA COUVERTURE FAMILIALE UNIQUEMENT

Conjoint(e) et/ou enfant(s) à charge	Prénom	Nom de famille	Date de naissance (J/M/A)
--------------------------------------	--------	----------------	---------------------------

	Prénom	Nom de famille	Date de naissance (J/M/A)
--	--------	----------------	---------------------------

Si vous manquez d'espace, veuillez attacher une feuille de papier séparée.

E - Information sur le voyage

Sélectionnez le type de régime choisi.

Proposant 1 (si vous choisissez une couverture individuelle ou familiale)

RÉGIMES Couverture individuelle Couverture familiale¹

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

Régime voyage unique de l'assurance voyage pour soins médicaux

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

Régime voyage unique de l'assurance non médicale

Valeur du voyage² (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 médicale³

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

Date d'effet du complément d'assurance⁴ (J/M/A) : ___/___/___

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

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

Proposant 2 (si vous choisissez une couverture individuelle pour un compagnon de voyage)

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

Régime voyage unique de l'assurance voyage pour soins médicaux

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

Régime voyage unique de l'assurance non médicale

Valeur du voyage² (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 médicale³

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

Date d'effet du complément d'assurance⁴ (J/M/A) : ___/___/___

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

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

¹ La couverture familiale offre une couverture pour l'assuré, ainsi que son conjoint et ses enfants à charge, à condition que le conjoint et les enfants à charge remplissent les conditions d'admissibilité et les définitions de la police. Le proposant 1 doit correspondre au membre le plus âgé de la famille. La prime pour la couverture familiale figure au barème des taux.

² Si vous choisissez la couverture familiale, indiquez la valeur totale du voyage familial.

³ Le complément d'assurance pour le Régime annuel multivoyage de l'assurance non médicale ne comprend pas l'annulation de voyage.

⁴ Le complément d'assurance prendra effet le lendemain de la cessation de votre couverture existante.

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

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 %)

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 %)

F - Prime et mode de paiement

Veuillez remplir la page [Régimes sans questionnaire médical du 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.

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	Signature du détenteur de la carte	Date de signature (J/M/A)