

Proposition

55 ans ou plus

En vigueur à partir de juillet 2010

Pour plus d'information, composez le 1 800 360-3234 ou visitez le site web de Ingle à www.assuranceingle.com

Veillez faire parvenir votre proposition dûment remplie et un chèque tiré à l'ordre de :

Ingle International & Imagine Financier

460, rue Richmond Ouest, bureau 100

Toronto (Ontario) M5V 1Y1

INGLE^{MC}
INTERNATIONAL

À l'usage exclusif des courtiers / agents de vente

10 26 APM FCA 0710 000

Proposant 1 - no du contrat :

Proposant 2 - no 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, votre courtier ou votre représentant en assurance. Si vous devez apporter des corrections à vos réponses aux questions d'ordre médical de cette proposition, veuillez appeler votre courtier ou votre représentant en assurance pour obtenir les instructions.

A. Renseignements personnels

Nous recueillons vos renseignements personnels pour vous offrir des services d'assurance, étudier vos demandes de règlement et aux fins de paiement. Pour une copie de la politique de la protection de la vie privée d'etfs, visitez www.etfsinc.com. Pour plus d'information sur la protection de la vie privée, visitez www.rsagroup.ca

Proposant 1

Prénom

Nom de famille

Date de naissance (J/M/A) ____/____/____

Masculin Féminin

Proposant 2

Prénom

Nom de famille

Date de naissance (J/M/A) ____/____/____

Masculin Féminin

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 6 mois ou que des soins palliatifs ont été reçus.
- Cancer métastatique** : cancer qui s'est propagé de son point d'origine à une ou plusieurs parties du corps.
- Traité** : signifie que vous avez été hospitalisé, 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/entropfen n'est pas considérée un traitement.
- Stable** : signifie tout état de santé (autre qu'une *affection mineure*) pour lequel chacun des énoncés ci-après est véridique :
 - 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 ni aucun renvoi à un spécialiste (recommandé ou non) et vous n'attendez pas les résultats 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; d'être dirigé vers un spécialiste; et qui prend fin au moins 30 jours consécutifs avant la date de départ de chaque voyage. Toutefois, un état chronique, ou une complication liée à un état chronique, n'est pas considéré comme une affection mineure.
- Examen médical régulier** : signifie tout examen médical normal ou habituel qui n'est pas lié à une condition médicale particulière et qui est mené dans le but d'effectuer un dépistage, un suivi de santé ou un soin préventif et peut inclure des tests et des enquêtes médicales de routine.

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?

Cette assurance n'est offerte que si vous êtes un résident canadien couvert par un régime public d'assurance maladie dans votre province ou territoire de résidence pour la durée totale de votre voyage.

1. NE PEUT PAS se prévaloir de cette couverture, la personne :

- qui voyage contre l'avis d'un médecin;
- qui a reçu un diagnostic de **maladie en phase terminale** ou de **cancer métastatique**;
- qui souffre de **troubles rénaux** nécessitant la dialyse;
- à qui on a prescrit ou qui a utilisé de **l'oxygène à domicile** au cours des 12 mois précédant la date de sa demande;
- qui a reçu un diagnostic de **SIDA** (syndrome d'immunodéficience acquise); ou
- qui a reçu un diagnostic de **VIH** (virus d'immunodéficience humaine).

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

Veillez confirmer votre admissibilité à souscrire cette assurance.

Si vous êtes admissible, passez à la partie suivante. Si vous êtes admissible et désirez adhérer au régime Canada, au régime Vacances express pour les 55 à 74 ans, au régime non médical voyage unique ou au régime 40 jours du RSSFP, passez directement à la partie H.

D. Nécessitez-vous le régime de tarification médicale?

2. Avez-vous subi une intervention de **pontage aorto-coronarien** par greffe plus de 10 années avant la date de votre demande (utilisez la date de votre pontage le plus récent)?

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

3. Avez-vous subi une **angioplastie** (incluant l'installation d'un tuteur coronarien) plus de 10 années avant la date de votre demande (utilisez la date de votre angioplastie la plus récente)?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

4. Avez-vous déjà subi une **greffe de moelle osseuse** ou une **greffe d'organe** (excluant une transplantation cornéenne)?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

5. Avez-vous un **anévrisme** de 3,5 cm ou plus qui n'a pas été opéré?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

6. Au cours des 5 années précédant votre demande, avez-vous reçu un diagnostic ou été *traité* pour une **insuffisance cardiaque** ou prenez-vous actuellement du **Lasix**, du **Furosémide** ou un **diurétique** (excluant un diurétique prescrit uniquement pour l'hypertension)?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

7. Au cours des 12 mois précédant votre demande, avez-vous eu :

a) Une **affection cardiaque** pour laquelle vous avez été hospitalisé ou eu un changement de médication? (Référez-vous à la ligne « b. » de la définition du mot *stable*.)

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

b) Une **affection pulmonaire** (incluant pneumonie) nécessitant une hospitalisation ou un traitement à la **Prednisone** (**Deltasone** ou autres génériques)?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

8. Au cours des 12 mois précédant la date de votre demande, avez-vous reçu un diagnostic ou été *traité* pour trois ou plus des affections suivantes?

- **Diabète** (*traité* par voie orale ou à l'insuline)
- **Maladie vasculaire périphérique** (rétrécissement ou obturation de tout vaisseau sanguin)
- **Affection pulmonaire** (incluant toute prescription pour inhalateurs) **excluant le cancer du poumon** ou une *affection mineure*
- **Trouble cardiaque** (installation d'un tuteur coronarien, stimulateur cardiaque et/ou défibrillateur compris)
- **Accident vasculaire cérébrale (AVC)** ou **ischémie cérébrale transitoire (ICT)**
- **Hypertension**

<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 ci-dessus, contactez votre courtier ou votre représentant en assurance pour obtenir une prime sur mesure. Autrement, veuillez passer à la prochaine partie ci-dessous.

E. Quel régime s'applique?

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

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

Proposant 1	Proposant 2
<input type="checkbox"/> Oui 5 pts <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui 5 pts <input type="checkbox"/> Non

10. Au cours des 10 années précédant votre demande, avez-vous reçu un diagnostic ou été *traité* pour une **affection cardiaque** (incluant l'installation d'un tuteur coronarien, un stimulateur cardiaque et/ou un défibrillateur)?

<input type="checkbox"/> Oui 5 pts <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui 5 pts <input type="checkbox"/> Non
---	---

	Proposant 1	Proposant 2
11. Au cours des 5 années précédant votre demande, avez-vous reçu un diagnostic ou été <i>traité</i> pour :		
a) Le diabète (<i>traité</i> par voie orale ou à l'insuline ou contrôlé par une diète) ou l' intolérance au glucose (pré-diabète)?	<input type="checkbox"/> Oui 5 pts <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui 5 pts <input type="checkbox"/> Non
b) Un accident vasculaire cérébrale (AVC) ou une ischémie cérébrale transitoire (ICT)?	<input type="checkbox"/> Oui 5 pts <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui 5 pts <input type="checkbox"/> Non
c) Une maladie vasculaire périphérique (rétrécissement ou obturation de tout vaisseau sanguin)?	<input type="checkbox"/> Oui 5 pts <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui 5 pts <input type="checkbox"/> Non
d) Une affection pulmonaire (incluant prescription pour inhalateur) excluant le cancer du poumon ou une affection mineure ?	<input type="checkbox"/> Oui 5 pts <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui 5 pts <input type="checkbox"/> Non
e) La démence ou maladie d'Alzheimer ?	<input type="checkbox"/> Oui 5 pts <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui 5 pts <input type="checkbox"/> Non
f) Le cancer (excluant le carcinome baso-cellulaire ou épidermoïde ou le cancer du sein si <i>traité</i> seulement avec le Tamoxifène , le Femara ou l' Arimidex)?	<input type="checkbox"/> Oui 5 pts <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui 5 pts <input type="checkbox"/> Non
12. Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou été <i>traité</i> pour l'une ou l'autre des affections suivantes :	<input type="checkbox"/> Oui 1 pt <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui 1 pt <input type="checkbox"/> Non
• Trouble cardiaque (incluant l'installation d'un tuteur coronarien, un stimulateur cardiaque et/ou un défibrillateur)?		
• Accident vasculaire cérébrale (AVC) ou ischémie cérébrale transitoire (ICT)?		
13. Est-ce que plus de 18 mois se sont écoulés depuis votre dernier examen médical régulier avec un médecin?	<input type="checkbox"/> Oui 1 pt <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui 1 pt <input type="checkbox"/> Non
14. Au cours des 12 mois précédant votre demande, avez-vous reçu un diagnostic ou été <i>traité</i> pour :		
a) Hypertension ?	<input type="checkbox"/> Oui 1 pt <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui 1 pt <input type="checkbox"/> Non
b) Mauvais cholestérol (LBD) élevé ?	<input type="checkbox"/> Oui 1 pt <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui 1 pt <input type="checkbox"/> Non
15. Au cours des 5 années précédant votre demande, avez-vous fumé la cigarette?	<input type="checkbox"/> Oui 0 pt <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui 0 pt <input type="checkbox"/> Non
Total des points (Questions 9 à 14 auxquelles vous avez répondu OUI)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

F. :Tableau de qualification

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

Total des points	Vous êtes admissible au programme	Période applicable aux affections préexistantes	Proposant 1	Proposant 2
0	Suprême	90 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	Élite	90 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 à 4	Préférentiel	90 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 à 9	Avantage	365 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 et plus	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 :

- 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 applicable précédant la date de chaque départ;
- Un trouble cardiaque, si tout trouble cardiaque, quel qu'il soit, n'était pas *stable*, à quelque moment au cours de la période applicable précédant la date de chaque départ;
- Une affection pulmonaire, si :
 - toute** affection pulmonaire, quelle qu'elle soit, n'était pas *stable*; ou
 - vous avez utilisé de l'oxygène à domicile ou pris des stéroïdes par voie orale (p. ex., de la prednisone) pour **toute** affection pulmonaire, quelle qu'elle soit, à quelque moment au cours de la période applicable précédant la date de chaque départ.

G. :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 tous les problèmes de santé dont je souffre, y compris les problèmes déclarés à la **PARTIE E**, seront assujettis aux exclusions applicables aux affections préexistantes du programme auquel je suis admissible. Les exclusions relatives aux affections préexistantes ci-dessus sont aussi détaillées dans mon contrat d'assurance.
- 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 annulera 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. 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 sinistre 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'assurance format portefeuille et dans mon contrat d'assurance.
- Autorisation médicale en cas de sinistre — Je comprends que la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances, ainsi que Gestion Global Excel inc. peuvent examiner ma demande de règlement. En signant ce 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, des 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 s'appliquent et qu'elles peuvent avoir une incidence sur ma couverture. Pour obtenir plus d'information, 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)

Avis Important

Si votre état de santé subit un changement ou ne demeure pas *stable* entre la date à laquelle vous complétez et soumettez votre proposition et la date de votre départ, vous devez revoir la proposition avec votre courtier ou représentant en assurance afin de réévaluer votre admissibilité. Si vous n'êtes plus admissible au régime d'assurance que vous avez souscrit et que vous négligez de communiquer avec votre courtier ou représentant en assurance, 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).

H .:Information sur le voyage

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

Proposant 1

Régimes

Multivoyage 9-Jours 16-Jours 30-Jours 60-Jours

Multivoyage forfait multirisque 9-Jours 16-Jours 30-Jours 60-Jours

Complémentaire 40 jours du RSSFP

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

Voyage unique ou complément d'assurance

Régime Vacances express pour les 55 à 74 ans

Régime Canada

Régime non médical voyage unique*

Date de départ (J/M/A) : ___/___/___

* Valeur du voyage : _____ \$

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

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

** Si cette assurance sert de complément à une couverture existante, elle prendra effet au lendemain de la cessation de votre assurance existante.

Complément d'assurance

Nom de l'autre assureur : _____

Nombre de jours assurés : _____

Qualification (proposants ayant rempli le questionnaire médical)

Suprême Élite Préférentiel Avantage Standard

Options de franchise (proposants ayant rempli le questionnaire médical)

0\$ (+10%) 250\$ US (0%) 500\$ US (-5%)

1000\$ US (-10%) 5000\$ US (-30%) 10000\$ US (-45%)

Fumeur (proposants ayant rempli le questionnaire médical)

Au cours des 5 années précédant votre demande, avez-vous fumé la cigarette? Oui Non

Proposant 2

Régimes

Multivoyage 9-Jours 16-Jours 30-Jours 60-Jours

Multivoyage forfait multirisque 9-Jours 16-Jours 30-Jours 60-Jours

Complémentaire 40 jours du RSSFP

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

Voyage unique ou complément d'assurance

Régime Vacances express pour les 55 à 74 ans

Régime Canada

Régime non médical voyage unique*

Date de départ (J/M/A) : ___/___/___

* Valeur du voyage : _____ \$

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

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

** Si cette assurance sert de complément à une couverture existante, elle prendra effet au lendemain de la cessation de votre assurance existante.

Complément d'assurance

Nom de l'autre assureur : _____

Nombre de jours assurés : _____

Qualification (proposants ayant rempli le questionnaire médical)

Suprême Élite Préférentiel Avantage Standard

Options de franchise (proposants ayant rempli le questionnaire médical)

0\$ (+10%) 250\$ US (0%) 500\$ US (-5%)

1000\$ US (-10%) 5000\$ US (-30%) 10000\$ US (-45%)

Fumeur (proposants ayant rempli le questionnaire médical)

Au cours des 5 années précédant votre demande, avez-vous fumé la cigarette? Oui Non

I .:Prime et mode de paiement

Pour les propositions remplies manuellement, référez-vous au document « Calcul de la prime » pour chiffrer la prime totale de chaque proposant.

Si vous désirez adhérer au régime Canada, au régime Vacances express pour les 55 à 74 ans, au régime non médical voyage unique ou au régime 40 jours du RSSFP, 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 du courtier ou du représentant en assurance indiqué au début de la proposition.

Numéro de la carte de crédit

Expiration (M/A)

Signature du détenteur de la carte

Date de signature (J/M/A)



L'Assurance voyage Médi-Sélect Avantage^{MD} est souscrite auprès de Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances, et est administrée par Voyage Expert Sécurité Financière (E.T.F.S.) inc.
^{MD} Le logo **etfs** est une marque déposée de Voyage Expert Sécurité Financière (E.T.F.S.) inc.
^{MC} Le nom et le logo « RSA » sont des marques de commerce appartenant au RSA Insurance Group plc et utilisées sous licence par la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances.
^{MD} Médi-Sélect Avantage est une marque déposée de Voyage Expert Sécurité Financière (E.T.F.S.) inc.
^{MC} Le logo INGLE est une marque de commerce autorisée sous licence par Ingle International inc.