

À usage interne

COURTIER

**INGLE 2837-ING**

\*NUMÉRO DU CONTRAT

**Renseignements sur le proposant principal (en lettres moulées s.v.p.)**

38 03 APP FCA 0208 000

(M., M<sup>me</sup>, D', autre)

Titre

Prénom(s)

Nom de famille

J M A

M / F

Date de naissance

Sexe

Numéro de carte d'assurance maladie (optionnel)

Nationalité indiquée sur le(s) passeport(s)

Pays de résidence à l'étranger

Profession

Adresse

Adresse postale (si elle diffère de la précédente)

Numéro de téléphone à l'étranger - au domicile

Numéro de téléphone à l'étranger - au travail

Numéro de télécopieur

Adresse électronique

Nom et numéro de téléphone d'une personne à contacter en cas d'urgence

**Renseignements sur les personnes à charge** - Si vous manquez d'espace, veuillez fournir les renseignements sur une feuille séparée et cocher ici

1<sup>re</sup> personne à charge

2<sup>e</sup> personne à charge

3<sup>e</sup> personne à charge

4<sup>e</sup> personne à charge

Nom de famille

Prénom(s)

Date de naissance (J/M/A)

Sexe

Masculin  Féminin

Masculin  Féminin

Masculin  Féminin

Masculin  Féminin

Pays de résidence à l'étranger

Nationalité

Lien avec le proposant

Profession

**Renseignements sur le médecin de famille**

Cette partie doit être remplie en entier (si vous n'avez pas de médecin de famille au Canada, veuillez fournir les coordonnées du dernier médecin consulté).

Nom de(s) l'omnipraticien(s)/du(des) médecin(s) de famille

Numéro(s) de téléphone

Numéro(s) de télécopieur

Adresse(s) de(s) l'omnipraticien(s)/du(des)médecin(s) de famille

# DÉCLARATION - Une photocopie de la présente déclaration sera considérée aussi valide que l'original.

## Partie A – États de santé préexistants

### Moratoire d'un an

Je conviens/Nous convenons que tout problème de santé (à l'exception d'une affection mineure telle que définie dans le contrat) pour lequel la ou les personnes assurées ont demandé, effectué ou reçu des soins médicaux, des conseils, des visites de suivi ou des consultations d'ordre médical, ou pris des médicaments d'ordonnance dans les cent quatre-vingts (180) jours précédant la prise d'effet de l'assurance prévue par le contrat, ne pourra être couvert qu'après que se soit écoulée une période d'au moins trois cent soixante-cinq (365) jours consécutifs au cours de laquelle la ou les personnes assurées n'auront demandé, ni reçu de soins médicaux, de conseils, de visites de suivi ou de consultations d'ordre médical, ni pris de médicaments relativement à cet état de santé.

## Partie B – Transmission de renseignements médicaux

Par les présentes, j'autorise (nous autorisons) tout médecin, professionnel de la santé, hôpital ou autre établissement de santé, pharmacien, le ministère de la Santé, le régime public d'assurance maladie ou toute autre personne m'ayant (nous ayant) traité(s) ou examiné(s) ou pouvant détenir un dossier ou des renseignements sur ma (notre) personne ou mon (notre) état de santé, à transmettre à European Benefit Administrators et à Gestion Global Excel inc. tout renseignement relatif à une maladie, une blessure, des antécédents médicaux, consultations, médicaments ou traitements me (nous) concernant, ainsi qu'une copie de tous mes (nos) dossiers hospitaliers et médicaux.

## Partie C - Divulgateion

Je m'engage (Nous nous engageons) à lire le libellé du contrat et je conviens (nous convenons) qu'il fait partie du contrat d'assurance établi après examen de la présente demande d'assurance. Je déclare (Nous déclarons) que, à ma (notre) connaissance et en toute bonne foi, les renseignements fournis relativement à la présente demande d'assurance, qu'ils soient rédigés de ma (notre) main ou non, sont véridiques et que je n'ai dissimulé (nous n'avons dissimulé) aucun fait essentiel. Je conviens (Nous convenons) que la dissimulation ou la fausse déclaration de tout fait essentiel donne à l'assureur le droit d'annuler l'assurance. Un fait essentiel est un fait qui peut influencer l'acceptation ou l'évaluation effectuée par l'assureur de la présente demande d'assurance. Si je ne suis (nous ne sommes) pas certain(s) du caractère essentiel ou non d'un fait, j'ai (nous avons) l'obligation de vous en faire part (sur une feuille séparée au besoin). La présente demande d'assurance et les renseignements qui sont fournis relativement à cette demande contiennent des déclarations sur lesquelles l'assureur s'appuiera pour décider s'il accepte la présente demande d'assurance et pour déterminer les modalités et conditions de son acceptation. Je conviens (Nous convenons) que la signature de la présente demande d'assurance ne m'engage pas (ne nous engage pas) à souscrire cette assurance, ni l'assureur à l'accepter.



Signature du proposant principal

J	M	A
---	---	---

Date de signature

## Dates de couverture (la couverture ne peut être consentie avant que **etfs** n'ait reçu la proposition.)

Date d'effet	Choisissez la période de couverture désirée (6, 9 ou 12 mois) en cochant la case appropriée.			
<table border="1"><tr><td>J</td><td>M</td><td>A</td></tr></table>	J	M	A	<input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 9 mois <input type="checkbox"/> 12 mois
J	M	A		

## Type de couverture

### Reportez-vous au Guide des tarifs pour les options de prime.

- Couverture internationale excluant les États-Unis       Couverture internationale incluant les États-Unis

## Calcul de la prime

### PRIME POUR CHAQUE PROPOSANT

Proposant principal	1 <sup>re</sup> personne à charge	2 <sup>e</sup> personne à charge	3 <sup>e</sup> personne à charge	4 <sup>e</sup> personne à charge	<b>Sous total</b>
<input type="text"/> \$	<input type="text"/> \$	<input type="text"/> \$	<input type="text"/> \$	<input type="text"/> \$	<input type="text"/> \$
					-
<b>OPTIONS DE FRANCHISE</b>					<input type="text"/> \$
<input type="checkbox"/> Aucune (automatique)					+
<input type="checkbox"/> 500\$ (retrancher 12% de la prime)					<input type="text"/> \$
<input type="checkbox"/> 1000\$ (retrancher 16% de la prime)					+
<input type="checkbox"/> 250\$ (retrancher 7% de la prime)					<input type="text"/> \$
<input type="checkbox"/> 5000\$ (retrancher 27% de la prime)					=
<b>PÉRIODICITÉ ET MONTANTS DE PRIME</b>					<input type="text"/> \$
(Les options de paiement semestriel et trimestriel ne sont offertes qu'avec une couverture annuelle.)					
<input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Semestrielle (ajouter 4% à la prime) <input type="checkbox"/> Trimestrielle (ajouter 8% à la prime)					
<b>PRIME ANNUELLE TOTALE</b>					<input type="text"/> \$

## Mode de paiement

<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> Amex	<input type="checkbox"/> Diners	<input type="checkbox"/> Chèque tiré à l'ordre de <b>etfs</b> .				
Vous devez fournir à <b>etfs</b> des chèques postdatés pour les paiements semestriels et trimestriels.								
<input type="text"/>	<table border="1"><tr><td>M</td><td>A</td></tr></table>	M	A	<input type="text"/>	<table border="1"><tr><td>J</td><td>M</td><td>A</td></tr></table>	J	M	A
M	A							
J	M	A						
Numéro de la carte	Date d'expiration	Signature du détenteur	Date de signature					

L'assurance maladie individuelle pour expatriés Viator<sup>SM</sup> est souscrite auprès de la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances, et est administrée par Voyage Expert Sécurité Financière (E.T.F.S.) inc.

<sup>MC</sup> Viator est une marque de commerce de Voyage Expert Sécurité Financière (E.T.F.S.) inc.

<sup>MD</sup> Le logo **etfs** est une marque déposée de Voyage Expert Sécurité Financière (E.T.F.S.) inc.

<sup>MC</sup> Ingle International & Imagine Financial Ltd. sont des marques de commerce de Ingle International Inc.