



460, rue Richmond Ouest, bureau 100
Toronto (Ontario) M5V 1Y1, Canada

Téléphone: **1 800 360-3234**
Télécopieur: **1 877 844-6453**

helpline@ingleinsurance.com
www.assuranceingle.com

NOTE : Cette couverture N'EST PAS offerte pour la Suisse, l'Allemagne et Abou Dhabi aux Émirats arabes unis (sujet à modification sans préavis).

À usage interne	COURTIER 2837	*NUMÉRO DU CONTRAT
------------------------	----------------------	--------------------

Renseignements sur le proposant principal (en lettres moulées s.v.p.) 38 03 APP FCA 0911 000

(M., M ^{me} , 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 ^{re} personne à charge	2 ^e personne à charge	3 ^e personne à charge	4 ^e personne à charge
Nom de famille				
Prénom(s)				
Date de naissance (J/M/A)				
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> 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).

<div style="border: 1px solid #ccc; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="margin: 0;">Nom de(s) l'omnipraticien(s) / du(des) médecin(s) de famille</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="margin: 0;">Numéro(s) de téléphone</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="margin: 0;">Numéro(s) de télécopieur</p>	<div style="border: 1px solid #ccc; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="margin: 0;">Adresse(s) de(s) l'omnipraticien(s) / du(des) médecin(s) de famille</p>
--	---

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

X

Date de signature

D M Y

Dates de couverture (la couverture ne peut être confirmée 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.

J M A

6 mois

9 mois

12 mois

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^{re} personne à charge

2^e personne à charge

3^e personne à charge

4^e personne à charge

\$

+

\$

+

\$

+

\$

+

\$

=

Sous total

\$

OPTIONS DE FRANCHISE

Aucune (automatique)

250 \$ (retrancher 7 % de la prime)

1 000 \$ (retrancher 16 % de la prime)

500 \$ (retrancher 12 % de la prime)

5 000 \$ (retrancher 27 % de la prime)

-

\$

+

\$

=

\$

PÉRIODICITÉ ET MONTANTS DE PRIME

(Les options de paiement semestriel et trimestriel ne sont offertes qu'avec une couverture annuelle.)

Annuelle

Semestrielle

(ajouter 4 % à la prime)

Trimestrielle

(ajouter 8 % à la prime)

PRIME ANNUELLE TOTALE

Mode de paiement

Visa

MasterCard

Amex

Chèque tiré à l'ordre de **etfs**.

Vous devez fournir à **etfs** des chèques postdatés pour les paiements semestriels et trimestriels.

M A

Numéro de la carte

Date d'expiration

Signature du détenteur

J M A

Date de signature