

INSTRUCTIONS

Ces instructions visent à simplifier votre processus de demande; **veuillez donc les lire attentivement.**
Si vous avez des questions, communiquez avec l'équipe de Medipac au **1-800-267-6440.**

Avant de commencer :

- Lisez attentivement votre police AVANT votre départ, en particulier les sections *Risques exclus* et *Restrictions générales*. Certaines exclusions ou autres restrictions touchant les garanties s'appliquent à votre assurance.
- La police stipule une période de stabilité dont les critères s'appliquent à tout trouble médical **nouveau** ou **préexistant**. Si vous ne respectez pas les critères des clauses relatives à la période de stabilité, si vous n'êtes pas admissible au régime, ou s'il se produit un changement dans votre état de santé après la date de votre demande, mais avant la date d'entrée en vigueur de votre assurance, vous devez nous appeler pour que nous déterminions les incidences sur votre couverture.
- Vous avez des doutes sur tout état médical ou médicament? Consultez votre médecin.

REMARQUE : Les taux pour les durées de 183 jours sont disponibles pour les résidents de **chaque** province et territoire **sauf** le Québec, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nunavut.

Remplir la demande :

- Le formulaire doit être rempli au complet au **stylo**.
- La personne à contacter en cas d'urgence ne devrait pas être celle avec qui vous voyagez.
- Vous devez répondre à toutes les questions d'ordre médical des parties A, C et D, sauf si vous avez moins de 56 ans et que vous voyagez moins de 41 jours. Vous **devez** parapher les changements.
- Votre demande ne pourra pas être traitée si elle ne comporte pas vos dates de départ et de retour. Si vous n'êtes pas sûr des dates, choisissez les dates et la durée de voyage qui correspondent le mieux à votre période de voyage prévue. Une fois vos plans établis, appelez-nous pour profiter

d'une modification **gratuite** à votre police (*si la durée de votre voyage change, il se pourrait que nous devions ajuster votre prime*).

- Votre demande doit être signée par chaque proposant et datée. Assurez-vous de bien **lire et comprendre** la partie H. DÉCLARATION/AUTORISATION.

Si toute étape ci-dessus n'est pas respectée, la demande devra être corrigée et le traitement de votre police sera retardé.

À ne pas oublier :

- Vous **devez** avoir votre numéro de police avant de partir en voyage.
- S'il se produit **tout changement dans votre état de santé** après la date de votre demande, mais avant la date d'entrée en vigueur de votre assurance, vous **devez** appeler Medipac.
- Avant de demander des soins médicaux, **vous devez appeler Medipac Assist**, sans quoi les garanties seront limitées (*consultez le libellé de la police dans la présente*). En cas d'urgence médicale, appelez d'abord le 911. Comme pour tout régime d'assurance, advenant une réclamation, vos dossiers médicaux **seront** vérifiés.
- Vos plans ont changé avant votre date de départ? Vous **devez** appeler Medipac pour faire changer vos dates de voyage. Si vous ne prévenez pas Medipac, votre assurance ne peut pas prendre effet avant votre date d'entrée en vigueur.
- Vous êtes déjà en voyage et souhaitez y rester plus longtemps? Appelez Medipac **avant** la date d'échéance de votre assurance pour prolonger votre police (*consultez la politique sur les prolongations de garantie dans la présente*).
- Vous rentrez au moins 10 jours plus tôt que prévu? *Consultez la politique de remboursement dans la présente.*



AIDE-MÉMOIRE

Avant de présenter votre demande, assurez-vous que :

- Vous avez répondu à toutes les questions d'ordre médical et tout changement apporté à la demande est parafé par la personne qui demande de l'assurance.
- Vous avez indiqué vos dates de départ et de retour, la durée de votre voyage et le montant de votre franchise.
- Chaque proposant a signé la partie H et y a indiqué la date précise à laquelle la demande a été signée.
- Vous avez inclus votre chèque ou inscrit les détails de votre carte de crédit.

Paiement intégral :

- Pour faire un paiement intégral, annexe un chèque à l'ordre d'Assurance voyage Medipac ou inscrivez les détails de votre carte de crédit à la partie I.

Paiement par versements (seulement pour les voyages de plus de 41 jours avec date de départ après le 15 octobre) :

- Pour profiter de l'option de paiement en quatre versements par chèque, annexe un chèque annulé (il n'est pas nécessaire de joindre de chèques postdatés).
- Si vous payez par versements à l'aide d'une carte de crédit, remplissez la partie I.
- Les versements seront prélevés à la date du traitement de votre demande, puis le 15 août, le 15 septembre et le 15 octobre.
- Si votre carte expire avant la date de tout versement, appelez-nous pour nous faire part de la nouvelle date d'expiration.
- Si vous payez par versements et que votre demande est traitée après la date de tout versement, les versements manqués seront combinés au versement suivant; donc, plus d'un versement à la fois sera prélevé.





Si votre voyage doit durer moins de 41 jours et que vous avez moins de 56 ans, ne remplissez pas les parties A, C et D de la présente proposition.

Si vous êtes incertain de toute réponse à une question d'ordre médical, consultez votre médecin.

A. ADMISSIBILITÉ		APPLICANT 1		APPLICANT 2	
		YES	NO	YES	NO
1	Avez-vous reçu un diagnostic de maladie en phase terminale, un médecin vous a-t-il conseillé de ne pas voyager ou AVEZ-VOUS le VIH, le SIDA ou le para-SIDA?	1	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
2	Avez-vous reçu un diagnostic de fibrose pulmonaire ou de pneumopathie interstitielle?	2	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
3	Avez-vous DÉJÀ reçu une greffe d'organe ou de moelle osseuse (excepté une greffe de cornée ou de peau) ou eu un trouble sanguin pour lequel vous avez reçu un traitement au moyen de cellules souches?	3	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
4	Au cours des 5 ANNÉES précédant la date de la proposition, avez-vous subi un traitement médical, avez-vous reçu une ordonnance ou avez-vous pris des médicaments ou avez-vous reçu un diagnostic relativement à un cancer du poumon, à un cancer métastatique ou à au moins deux (2) cancers (excepté les carcinomes basocellulaire et spinocellulaire)?	4	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
5	AVEZ-vous des problèmes cardiaques et une fraction d'éjection de MOINS de 40 % ou une fonction ventriculaire de grade 3 ou 4?	5	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
6	SOUFFREZ-vous d'un rétrécissement valvulaire modérément grave ou grave?	6	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
7	SOUFFREZ-vous d'un anévrisme mesurant plus de 4,5 cm (diamètre ou largeur) pour lequel vous n'avez pas subi une intervention chirurgicale?	7	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
8	Au cours des 6 MOIS précédant la date de la proposition :				
	a avez-vous subi une chimiothérapie pour un cancer ou une/des tumeur(s) maligne(s)?	8a	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
	b vous êtes-vous fait implanter un stimulateur cardiaque, avez-vous reçu un pontage coronarien, ou avez-vous subi une chirurgie à TOUTE artère?	8b	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
9	Au cours des 12 MOIS précédant la date de la proposition :				
	a avez-vous subi toute autre chirurgie cardiaque (y compris une ablation, l'implantation d'un défibrillateur cardiaque et/ou d'une endoprothèse coronaire [stent] ou une angioplastie) ou souffert d'une crise cardiaque ou d'un épisode d'insuffisance cardiaque congestive?	9a	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
	b avez-vous subi un accident vasculaire cérébral, un accident ischémique transitoire (AIT) ou une mini-attaque?	9b	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
	c avez-vous souffert de TOUTE affection pulmonaire chronique (y compris l'emphysème, une maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC], une bronchite chronique, une affection respiratoire réactionnelle ou l'asthme) pour laquelle vous avez été hospitalisé pendant plus de 24 heures consécutives ou pour laquelle vous avez pris de la Prednisone ou du Solu-Medrol ou avez reçu une ordonnance à cet effet?	9c	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
	d avez-vous utilisé un dispensateur d'oxygène à domicile ou reçu une ordonnance à cet effet pour quelque raison que ce soit?	9d	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
	e avez-vous pris de l'insuline ou deux (2) médicaments ou plus pour le diabète ET des médicaments pour des problèmes cardiaques ou reçu une ordonnance à cet effet? Si le médicament est pris ou prescrit pour un problème seulement, répondez « non » à cette question. Le terme « médicament » comprend tous les genres de nitroglycérine.	9e	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions de la partie A, VOUS N'ÊTES PAS ADMISSIBLE À CE RÉGIME.

Si vous avez répondu NON à TOUTES les questions de la partie A, VOUS ÊTES ADMISSIBLE à l'achat de ce régime. Veuillez remplir la demande.

B. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (en lettres moulées S.V.P.)

PROPOSANT 1				PROPOSANT 2			
Prénom et nom de famille :				Prénom et nom de famille :			
Date de naissance : Jour : _____ Mois : _____ Année : _____		Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>		Date de naissance : Jour : _____ Mois : _____ Année : _____		Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	
N° d'assurance maladie prov. :		Code de version : (ONT. seulement)		N° d'assurance maladie prov. :		Code de version : (ONT. seulement)	
Employeur avant la retraite :		Poste :		Employeur avant la retraite :		Poste :	
Avez-vous fumé la cigarette dans les 3 années précédant la date de la proposition? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				Avez-vous fumé la cigarette dans les 3 années précédant la date de la proposition? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Nom du médecin :		Tél. : ()		Nom du médecin :		Tél. : ()	
Nom du spécialiste (s'il y a lieu) :		Tél. : ()		Nom du spécialiste (s'il y a lieu) :		Tél. : ()	
Spécialisation :				Spécialisation :			
Contact d'urgence qui ne vous accompagne pas :		Tél. : ()		Contact d'urgence qui ne vous accompagne pas :		Tél. : ()	

ADRESSE AU CANADA (Proposant 1 et 2)				ADRESSE À L'ÉTRANGER (Proposant 1 et 2, le cas échéant)			
N° et rue :		N° d'app. ou de lot :		N° et rue :		N° d'app. ou de lot :	
Ville :	Province :	Code postal :		Ville :	État :	Code postal :	
Courriel :		Tél. : ()		Courriel :		Tél. : ()	
Je souhaite recevoir ma police d'assurance à l'adresse : <input type="checkbox"/> au Canada <input type="checkbox"/> à l'étranger							

C. ÉTABLISSEMENT DU TARIF – Partie 1		PROPOSANT 1	PROPOSANT 2
		OUI	NON
1	Avez-vous DÉJÀ subi une insuffisance cardiaque congestive ou TOUTE chirurgie cardiaque (y compris une ablation, un pontage coronarien, l'implantation d'un stimulateur cardiaque, d'un défibrillateur cardiaque ou d'une endoprothèse coronaire [stent] ou une angioplastie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Au cours des 5 ANNÉES précédant la date de la proposition, avez-vous subi un traitement médical, avez-vous reçu une ordonnance ou avez-vous pris des médicaments ou avez-vous reçu un diagnostic relativement à ce qui suit :		
a	rétrécissement ou obstruction de TOUTE artère (y compris embolie pulmonaire [EP], maladie vasculaire périphérique [MVP] ou rétrécissement de la carotide), anévrisme, hypertension pulmonaire, crise cardiaque, ou TOUTE autre affection cardiaque (y compris la fibrillation auriculaire et l'arythmie cardiaque) ou angine de poitrine? Le terme « médicament » comprend tous les genres de nitroglycérine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	affection pulmonaire chronique (y compris emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC] ou bronchite chronique)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), mini-attaque ou amaurose fugace (excepté traitement à l'aspirine)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Au cours des 3 ANNÉES précédant la date de la proposition, avez-vous subi un traitement médical, reçu une ordonnance, pris des médicaments ou reçu un diagnostic relativement à une maladie ou affection intestinale chronique (y compris colite, maladie de Crohn, diverticulite ou syndrome du côlon irritable), pancréatite ou hémorragie gastro-intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Au cours des 2 ANNÉES précédant la date de la proposition, avez-vous pris ou vous a-t-on prescrit deux (2) inhalateurs ou plus (y compris un inhalateur de secours)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Au cours des 12 MOIS précédant la date de la proposition, avez-vous subi un traitement médical, avez-vous reçu une ordonnance ou avez-vous pris des médicaments ou avez-vous reçu un diagnostic relativement à un cancer ou à une/des tumeur(s) maligne(s) (excepté les carcinomes basocellulaire et spinocellulaire)? Le terme « médicament » exclut le Tamoxifène et TOUT autre traitement hormonal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Au cours des 3 MOIS précédant la date de la proposition, avez-vous reçu une ordonnance pour ce qui suit ou avez-vous pris :		
a	des corticostéroïdes (y compris de la Prednisone et du Solu-Medrol) pour plus de 15 jours (excepté des inhalateurs, des médicaments topiques et des gouttes ophtalmiques)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	3 médicaments ou plus pour le diabète (y compris l'intolérance au glucose), l'hypertension (tension artérielle élevée) ou pour les deux? Le terme « médicament » comprend les diurétiques (pilules d'eau).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Avez-vous reçu un diagnostic de sclérose latérale amyotrophique (SLA), dystrophie musculaire, myasthénie grave, infirmité motrice cérébrale, sclérose en plaques ou démence (y compris la maladie d'Alzheimer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	SOUFFREZ-vous d'une fonction rénale réduite avec taux de filtration glomérulaire estimé (TFGe) de moins de 45 ou d'une cirrhose du foie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	SOUFFREZ-vous du diabète nécessitant de l'insuline?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. ÉTABLISSEMENT DU TARIF – Partie 2		PROPOSANT 1	PROPOSANT 2
		OUI	NON
1	Avez-vous DÉJÀ subi un rétrécissement ou une obstruction de TOUTE artère (y compris embolie pulmonaire [EP], maladie vasculaire périphérique [MVP] ou rétrécissement de la carotide), un anévrisme, une hypertension pulmonaire, une crise cardiaque, ou TOUTE autre affection cardiaque (y compris la fibrillation auriculaire et l'arythmie cardiaque) ou une angine de poitrine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Avez-vous DÉJÀ subi un accident vasculaire cérébral, un accident ischémique transitoire (AIT) ou une mini-attaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	SOUFFREZ-vous du diabète (y compris l'intolérance au glucose) nécessitant des médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Au cours des 2 ANNÉES précédant la date de la proposition, avez-vous subi un traitement médical, reçu une ordonnance ou pris des médicaments ou reçu un diagnostic relativement à ce qui suit :		
a	un trouble sanguin, par un spécialiste de médecine interne ou un hématalogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	l'épilepsie ou tout autre trouble convulsif (y compris un épisode pour lequel vous n'avez pas été traité)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	la maladie de Parkinson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	un ictus amnésique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Au cours des 12 MOIS précédant la date de la proposition, avez-vous été pris d'évanouissement ou avez-vous eu un épisode de syncope?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Au cours des 3 MOIS précédant la date de la proposition, avez-vous reçu une ordonnance pour ce qui suit ou avez-vous pris :		
a	des anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires (excepté l'aspirine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	du Lasix ou du furosémide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	des médicaments immunosuppresseurs (excepté le méthotrexate)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

À QUEL TARIF ÊTES-VOUS ADMISSIBLE?		
Si vous avez répondu « NON » à TOUTES les questions À LA FOIS des parties C et D,	Si vous avez répondu « NON » à TOUTES les questions de la partie C, mais avez répondu « OUI » à UNE OU PLUSIEURS questions de la partie D,	Si vous avez répondu « OUI » à UNE OU PLUSIEURS questions de la partie C,
VOUS AVEZ DROIT AU TARIF PRIVILÉGIÉ PLUS	VOUS AVEZ DROIT AU TARIF PRIVILÉGIÉ	VOUS AVEZ DROIT AU TARIF STANDARD



BESOIN D'AIDE? APPELEZ-NOUS AU 1-800-267-6440
 Région de Toronto (416) 441-7090 • Télécopieur (416) 441-7030
 Assurance voyage Medipac, 180 Lesmill Road, Toronto (ON) M3B 2T5 • www.medipac.com

Assureur :
 L'Ancienne République, Compagnie
 d'Assurance du Canada
 Administré par Medipac International Inc.

E. RENSEIGNEMENTS SUR LE VOYAGE

SI VOUS FAITES PLUSIEURS VOYAGES, INSCRIVEZ LES DÉTAILS SUR UNE FEUILLE DE PAPIER SÉPARÉE.

PROPOSANT 1

PROPOSANT 2

DÉTAILS DU VOYAGE UNIQUE

Doit être rempli même si vous ne demandez qu'un régime d'appoint.

Date du départ : Jour : _____ Mois : _____ Année : _____

même que le proposant 1
Date du départ : Jour : _____ Mois : _____ Année : _____

Date de retour prévu : Jour : _____ Mois : _____ Année : _____

Date de retour prévu : Jour : _____ Mois : _____ Année : _____

AUTRE COUVERTURE D'ASSURANCE

Si vous avez une autre assurance pour séjours à l'étranger, fournissez les détails. À remplir pour régime d'appoint ou demande de crédit des retraités du gouvernement fédéral.

Je suis **retraité fédéral** et demande une police avec franchise de 500 000 \$CA pour les 40 premiers jours de voyage.

Je suis **retraité fédéral** et demande une police avec franchise de 500 000 \$CA pour les 40 premiers jours de voyage.

Je prends un **régime d'appoint** pour mon autre assurance et demande que l'assurance Medipac prenne effet le : Jour : _____ Mois : _____ Année : _____

Je prends un **régime d'appoint** pour mon autre assurance et demande que l'assurance Medipac prenne effet le : Jour : _____ Mois : _____ Année : _____

Nom du régime : Nombre de jours de couverture :

Nom du régime : Nombre de jours de couverture :

Compagnie d'assurance : Couverture individuelle Couverture familiale

Compagnie d'assurance : Couverture individuelle Couverture familiale

Police n° : Certificat n° :

Police n° : Certificat n° :

NOMBRE DE JOURS VISÉS PAR LA PROPOSITION (les durées de séjour sont indiquées dans les tableaux de taux)

3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36 40 50 60 66 75

3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36 40 50 60 66 75

82 90 96 105 112 120 126 135 142 150 156 165 175 183 190 200 212

82 90 96 105 112 120 126 135 142 150 156 165 175 183 190 200 212

OPTION ANNUELLE

Je souscris l'**Option annuelle** : 23 jours 33 jours

Je souscris l'**Option annuelle** : 23 jours 33 jours

A. Prise d'effet à l'entrée en vigueur de mon assurance, **OU**

A. Prise d'effet à l'entrée en vigueur de mon assurance, **OU**

B. Prise d'effet le Jour : _____ Mois : _____ Année : _____

B. Prise d'effet le Jour : _____ Mois : _____ Année : _____

Pour l'option B, cette date doit se situer entre la date de traitement de votre proposition et la date d'entrée en vigueur de votre assurance. Vous devez souscrire un régime voyage unique d'au moins 22 à 24 jours pour avoir droit à l'Option annuelle de 23 jours, ou d'au moins 31 à 33 jours pour avoir droit à l'Option annuelle de 33 jours.

MEDIPAC PLUS

Oui, j'aimerais souscrire MedipacPLUS.

Oui, j'aimerais souscrire MedipacPLUS.

F. CALCUL DE LA PRIME

Catégorie de Tarif :	<input type="checkbox"/> Privilégié PLUS	<input type="checkbox"/> Privilégié	<input type="checkbox"/> Standard	Catégorie de Tarif :	<input type="checkbox"/> Privilégié PLUS	<input type="checkbox"/> Privilégié	<input type="checkbox"/> Standard				
Franchise (dollars US) :	<input type="checkbox"/> 0 \$	<input type="checkbox"/> 99 \$	<input type="checkbox"/> 1 000 \$	<input type="checkbox"/> 5 000 \$	<input type="checkbox"/> 10 000 \$	Franchise (dollars US) :	<input type="checkbox"/> 0 \$	<input type="checkbox"/> 99 \$	<input type="checkbox"/> 1 000 \$	<input type="checkbox"/> 5 000 \$	<input type="checkbox"/> 10 000 \$
Âge à la date du départ :				Âge à la date du départ :							
Tarif voyage unique pour proposant 1 :				Tarif voyage unique pour proposant 2 :							
MOINS réduction totale (_____ %) :		-		MOINS réduction totale (_____ %) :		-					
AJOUTEZ le tarif de l'Option annuelle (<i>le cas échéant</i>) :		+		AJOUTEZ le tarif de l'Option annuelle (<i>le cas échéant</i>) :		+					
Sous-total – Prime :		=		Sous-total – Prime :		=					
AJOUTEZ 10 % si vous choisissez la franchise de 0 \$:		+		AJOUTEZ 10 % si vous choisissez la franchise de 0 \$:		+					
Sous-total :		=		Sous-total :		=					
AJOUTEZ 20 % si vous avez fumé la cigarette dans les 3 années précédant la date de la proposition :		+		AJOUTEZ 20 % si vous avez fumé la cigarette dans les 3 années précédant la date de la proposition :		+					
SOUSTRAYEZ le crédit des retraités du gouv. féd. (<i>le cas échéant</i>) :		-		SOUSTRAYEZ le crédit des retraités du gouv. féd. (<i>le cas échéant</i>) :		-					
AJOUTEZ 59 \$ pour MedipacPLUS (<i>le cas échéant</i>) :		+		AJOUTEZ 59 \$ pour MedipacPLUS (<i>le cas échéant</i>) :		+					
Prime totale du proposant 1 :		=		Prime totale du proposant 2 :		=					

G. PAIEMENT

Les primes sont en dollars canadiens.

OPTION 1 : Paiement intégral
Établissez votre chèque à l'ordre d'Assurance voyage Medipac ou inscrivez les détails de votre carte de crédit à la section I.

OPTION 2 : PAIEMENT PAR VERSEMENTS. Voir les instructions.
Joignez un chèque annulé ou inscrivez les détails de votre carte de crédit à la section I.
Voyages de plus de 41 jours seulement.

CET ENCADRÉ EST RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° DE POLICE DU PROPOSANT 1		N° DE POLICE DU PROPOSANT 2
	VÉRIFIÉ PAR : _____	
	TRAITÉ PAR : _____	
NOTES : _____ _____ _____		

H. DÉCLARATION/AUTORISATION

AVIS IMPORTANT : Cette proposition doit être remplie, datée et signée au Canada avant le départ.

J'atteste que toutes les réponses et informations que j'ai fournies dans cette proposition sont complètes et exactes. **Je reconnais qu'en** demandant la couverture au titre de cette police, j'ai la responsabilité de connaître mes états pathologiques et antécédents médicaux, **et qu'il** est recommandé que je passe en revue mon dossier médical avec mon médecin afin de confirmer l'exactitude de l'information que je fournis dans la présente. **Je reconnais en outre que** la Compagnie se fie à l'information que je lui fournis, et que s'il est déterminé que l'information est trompeuse, inexacte et/ou qu'elle ne correspond pas à mon dossier médical, ma police sera considérée comme NULLE et NON AVENUE. De plus, si mon état de santé change **entre la date de cette demande et la date d'entrée en vigueur de l'assurance**, je dois contacter Medipac International Inc. (Medipac) et mon admissibilité au régime et la tarification seront alors établies. **Si je n'avise pas Medipac et qu'un changement à mon état de santé est relatif aux maladies notées aux questions ci-dessus**, une déclaration erronée sera établie et ma police sera NULLE et NON AVENUE ou ma réclamation refusée. **Si je ne date pas la présente demande**, la date à laquelle Medipac reçoit la présente demande dûment remplie sera alors considérée comme la date de signature.

Je reconnais que l'information recueillie dans cette proposition d'assurance est nécessaire pour étudier ma proposition d'assurance et, si celle-ci est approuvée, pour traiter et administrer l'assurance voyage médicale d'urgence, et entre autres, pour gérer et vérifier les demandes de prestation; décider, le cas échéant, de la validité ou d'une duplication de couverture et de l'applicabilité de toute exclusion qui pourrait abolir ou limiter le droit aux prestations d'assurance. Ces renseignements et ceux contenus dans les dossiers d'assurance de L'Ancienne République, Compagnie d'Assurance du Canada, leurs réassureurs, Medipac, Medipac Assistance International Inc. (Medipac Assist) et leurs agents dûment autorisés, peuvent être utilisés ou échangés à ces fins. Medipac réserve le droit de refuser toute demande.

J'accuse réception de l'AVIS SUR LA VIE PRIVÉE et atteste que j'y consens (ci-inclus avec cette demande).

J'autorise par la présente Medipac à utiliser mes renseignements personnels afin de me proposer des produits et services supplémentaires mais mon consentement à l'utilisation de mes renseignements personnels dans ce but est optionnel. La politique de confidentialité de Medipac se trouve au www.medipac.com. (Si vous ne voulez pas que vos renseignements soient utilisés dans ce but, veuillez appeler au 1-800-267-6440.)

J'autorise par la présente les médecins, les praticiens, les fournisseurs de soins de santé, les hôpitaux, les établissements de soins de santé, les organismes médicaux, les cliniques et tout autre établissement médical ou paramédical, les compagnies d'assurance, les commissions d'indemnisation des accidentés du travail ou tout autre régime ou organisme de ce genre et le ministère de la Santé à divulguer et échanger mes dossiers médicaux complets avec Medipac, Medipac Assist et L'Ancienne République, Compagnie d'Assurance du Canada, ou leurs représentants, y compris les traitements médicaux fournis par mon médecin de premier recours et les traitements que j'ai reçus, que je recevrai sous peu ou que je pourrais recevoir dans le futur. J'accepte que la période de 12 mois suivant la date de ma demande de règlement soit considérée comme la période d'accès aux renseignements spécifiques sur ma santé et de leur divulgation en vertu des pratiques sur la confidentialité du Canada (Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques) et des États-Unis (Health Insurance Portability and Accountability Act). Une photocopie de cette autorisation aura la même validité que l'original.

Je reconnais par la présente que j'ai lu et que je comprends la police. Je reconnais en outre que la police exclura certains états préexistants qui n'étaient pas stables et contrôlés dans les 90 jours précédant immédiatement la date demandée d'entrée en vigueur de l'assurance (ou toute date de départ en vertu de l'Option annuelle), y compris toute réaction à un changement de médicament, ou qui ont causé un total d'au moins trois (3) visites en salle d'urgence, hospitalisations, chirurgies d'un jour ou toute combinaison des trois, et/ou une seule hospitalisation pendant plus de 48 heures consécutives, dans les 12 mois précédant cette date. Je reconnais que la police contient d'autres exclusions (ci-incluses avec cette demande).

De plus, je reconnais que toutes les réponses aux questions de la présente demande doivent rester valables jusqu'à la date d'entrée en vigueur inclusivement, sinon ma couverture sera NULLE et NON AVENUE.

 **DATER et SIGNER ci-dessous** 



Signature du proposant 1



Signature du proposant 2

Proposant 1 – Écrivez votre nom au complet en lettres moulées **Proposant 2 – Écrivez votre nom au complet en lettres moulées**

X Date de la signature : Jour : _____ Mois : _____ Année : _____

I. OPTION DE PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT

Les primes sont en dollars canadiens.

Cochez ici si vous voulez qu'advenant une demande de règlement, la franchise (le cas échéant) soit imputée à votre carte de crédit.

Nom du titulaire de la carte :

Visa

MasterCard

N° de la carte :

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

Date d'expiration :

Mois :

Année :

Réduction spéciale de l'assurance voyage Lève-tôt — Économisez 5 %

Recevez une RÉDUCTION de 5 % lorsque vous souscrivez l'assurance voyage Medipac (y compris pour les voyages à court terme) au plus tard le 20 août 2018.
OFFRE VALABLE SEULEMENT POUR LES CLIENTS LÈVE-TÔT.

Réduction pour loyauté — Économisez jusqu'à 8 %

Medipac cherche toujours à faire économiser de l'argent à ses clients. Si vous êtes l'un de nos clients loyaux, vous pourrez économiser jusqu'à 8 % sur votre assurance voyage. Vous recevrez en effet une réduction de 1 % de votre prime pour chaque année où vous avez souscrit une assurance Medipac, à concurrence de huit ans et d'une réduction totale de 8 %.

Remarque : Si vous n'avez pas été en mesure de voyager pour des raisons personnelles pendant l'une de ces années, veuillez nous en informer par téléphone ou par écrit. Medipac pourrait quand même vous accorder une pleine réduction pour loyauté.

Réduction « aucune réclamation » — Économisez jusqu'à 10 %

Chaque année, des milliers de clients de Medipac sont admissibles à d'importantes réductions grâce à notre programme de réduction « aucune réclamation »; ils économisent ainsi des centaines, voire des milliers de dollars! Notre réduction « aucune réclamation » s'applique à un maximum de 10 ans de voyages sans réclamations. Les clients de Medipac qui n'ont effectué aucune réclamation pendant trois années d'affilée ont d'abord droit à une réduction de 3 %. Pour chaque année supplémentaire et consécutive sans réclamations, la réduction est augmentée de 1 %, jusqu'à concurrence de 10 %.

Remarque : Une réclamation dont le montant est inférieur à votre franchise n'est pas considérée comme une réclamation aux termes du programme de réduction.

Combinez les réductions ci-dessus afin d'économiser jusqu'à 23 %.

Économisez jusqu'à 28 % à l'Î.-P.-É., au Nunavut, dans les T.N.-O. et au Yukon en vertu de notre programme de réduction provinciale.

Vous êtes un NOUVEAU client de Medipac? Vous pouvez tout de même économiser jusqu'à 10 %!

En tant que NOUVEAU client de Medipac, vous pourriez avoir droit à la réduction **Avantage « aucune réclamation »**... en plus de la réduction Lève-tôt de 5 %!

Si vous n'avez pas été hospitalisé et/ou n'avez présenté aucune réclamation d'assurance voyage dans les trois dernières années de suite, vous pourriez alors économiser grâce à ce programme unique.

Votre réduction dépend du nombre d'années consécutives pendant lesquelles vous n'avez pas présenté de réclamation (minimum de trois ans). Vous recevrez 1 % pour chaque année admissible, à concurrence de 5 %. Vous devez fournir à Medipac une lettre écrite confirmant le nombre d'années pendant lequel vous avez été assuré sans effectuer de réclamations.

Les réductions ne s'appliquent pas aux tarifs de l'Option annuelle ni à MedipacPLUS.

Avis sur la vie privée

Vie privée

Il est essentiel que nous recueillions des renseignements personnels à votre sujet afin de vous offrir un service et des produits d'assurance de haute qualité. Les renseignements que vous nous transmettez serviront uniquement à déterminer votre admissibilité à une couverture au titre de la police, à évaluer les risques d'assurance, à gérer et régler les réclamations et à négocier ou régler les paiements aux tierces parties. Ces renseignements pourraient aussi être divulgués à des tierces parties, telles que d'autres compagnies d'assurance, des organismes de santé et des régimes publics d'assurance maladie aux fins de règlement et de traitement de toute réclamation. Advenant que nous devions divulguer vos renseignements à une tierce partie qui mène ses activités hors Canada, il est possible que le gouvernement du pays dans lequel la tierce partie mène ses activités obtienne ces renseignements. Nous nous efforçons de garder vos renseignements personnels exacts, confidentiels et sécurisés.

Notre politique de confidentialité établit des normes élevées de collecte, d'utilisation, de divulgation et d'entreposage des renseignements personnels. Si vous avez des questions sur notre politique de confidentialité, veuillez communiquer avec notre officier du respect de la vie privée au 905-523-5587; par la poste : Officier du respect de la vie privée, L'Ancienne République, Compagnie d'Assurance du Canada, C.P 557, Hamilton (Ontario), L8N 3K9; ou par courriel à privacy@oldrepublicgroup.com.

Frais d'administration

1. Modification (<i>première modification sans frais</i>)	20 \$
2. Chèque sans provision	25 \$
3. Service urgent (<i>par messagerie 24 heures</i>)	25 \$
Service de deux jours	15 \$
4. Prolongation	10 \$
5. Régime d'appoint	GRATUIT
6. Annulation pour raisons médicales	GRATUIT
7. Annulation pour cause non médicale	50 \$
8. Remboursement partiel	20 \$

Option annuelle

Medipac offre deux excellentes options aux voyageurs fréquents : une Option annuelle de 23 jours et une Option annuelle de 33 jours.

Économisez temps et argent grâce aux Options annuelles de Medipac

Lorsque vous souscrivez une police voyage unique, vous pouvez économiser du temps en y greffant l'Option annuelle de Medipac : vous n'avez ainsi à présenter qu'une seule demande d'assurance voyage pour couvrir tous vos voyages de courte durée pendant l'année.

En choisissant l'Option annuelle, vous économiserez également de l'argent! L'Option annuelle vous permet de faire un nombre illimité de voyages hors Canada, moyennant un seul léger supplément. Selon l'Option annuelle que vous choisissez, vous pouvez effectuer un nombre illimité de voyages hors Canada d'une durée maximale de 23 jours ou 33 jours, ou d'une durée maximale de 182 jours au Canada à l'extérieur de votre province de résidence.

Vous avez besoin d'une couverture annuelle distincte?

Pour vous prévaloir de l'Option annuelle de 23 ou 33 jours, il suffit de souscrire un régime d'assurance voyage Medipac de 22 à 24 jours ou de 31 à 33 jours, d'y ajouter le taux de l'Option annuelle et d'indiquer la date à laquelle vous souhaitez que votre couverture annuelle prenne effet. C'est aussi simple que cela!

*Pour avoir droit à l'Option annuelle de 23 jours, vous devez souscrire un régime voyage unique d'au moins 22 à 24 jours.
Pour avoir droit à l'Option annuelle de 33 jours, vous devez souscrire un régime voyage unique d'au moins 31 à 33 jours.*

Saviez-vous que les régimes d'assurance maladie provinciaux **NE COUVRENT PAS** de nombreux frais d'urgence engagés au Canada (à l'extérieur de votre province de résidence) tels que les médicaments, les services paramédicaux et les évacuations par air? Votre police Medipac couvre aussi d'autres frais non médicaux pour chacun de vos voyages, notamment le retour de votre véhicule, le transport d'un membre de votre famille à votre chevet, les frais personnels et les frais dentaires d'urgence.

Avantages pratiques

- Vous pouvez demander que votre Option annuelle prenne effet en tout temps entre la date de souscription et la date d'entrée en vigueur de votre assurance.
- Il est possible de prolonger votre voyage couvert au titre de l'Option annuelle ou d'y adjoindre un régime d'appoint.
- Vous n'êtes pas tenu de prévenir Medipac avant de commencer un voyage de courte durée couvert au titre de l'Option annuelle. Vous devrez cependant fournir une **preuve de la date du début de votre voyage** en cas de réclamation.

N'oubliez surtout pas que les clauses d'état préexistant s'appliquent avant chaque voyage (*voir État préexistant*).

Tous les tableaux de taux indiquent le tarif de l'Option annuelle. Vous pouvez utiliser l'Option annuelle seule, la prolonger ou y adjoindre un régime d'appoint pour chaque voyage, mais vous ne pouvez pas la combiner au voyage unique avec lequel vous la souscrivez. La prime de l'Option annuelle ne peut être remboursée après l'entrée en vigueur de la garantie.

MEDIPAC PLUS+

HUIT SUPER AVANTAGES, UN PRIX AVANTAGEUX!

Depuis quelques années, nos clients économisent des milliers de dollars. Comment? Ils protègent leur réduction « aucune réclamation » en optant pour MedipacPLUS, qui ne coûte que 59 \$.

De nombreux clients de Medipac obtiennent une réduction « aucune réclamation » allant jusqu'à 10 %. Grâce à MedipacPLUS, cette précieuse réduction peut être protégée en cas de réclamation. Si vous ne profitez pas de MedipacPLUS et que vous présentez une réclamation, votre réduction sera considérablement diminuée.

Pourquoi prendre un risque? Rehaussez votre police grâce à MedipacPLUS!

Protégez votre réduction « aucune réclamation »

MedipacPLUS protège votre réduction « aucune réclamation » en exonérant la première réclamation qui vous fait dépasser votre franchise pendant votre voyage : un bien petit prix à payer pour économiser année après année.

Garantie d'évacuation médicale

MedipacPLUS vous verse 100 \$CA par jour à concurrence de 10 jours si Medipac vous rapatrie au Canada pour des raisons médicales et que vous êtes hospitalisé dans les trois jours suivant votre retour au Canada.

Assurance de 5 000 \$ en cas de décès accidentel

MedipacPLUS comprend une garantie de 5 000 \$CA en cas de décès qui sera versée à votre succession si vous décédez des suites de blessures accidentelles pendant votre voyage assuré avec MedipacPLUS.

Garantie pour animal de compagnie

MedipacPLUS vous remboursera jusqu'à 750 \$ de frais de transport pour le retour de votre ou vos animaux de compagnie au Canada si Medipac vous rapatrie au Canada pour des raisons médicales; ou si vous présentez une réclamation au titre de la garantie de retour au Canada de MedipacPLUS, les frais de pension de votre ou vos animaux de compagnie pour une semaine pendant que vous vous trouvez au Canada vous seront remboursés, à concurrence de 500 \$.

Garantie frais de déplacement

MedipacPLUS remboursera jusqu'à 2 500 \$ pour l'hébergement temporaire et le transport advenant un désastre causé par un ouragan, une inondation, un feu de forêt, un affaissement de terrain ou un tremblement de terre qui rend votre habitation principale* inhabitable.

Garantie de retour au Canada

MedipacPLUS comprend une couverture pour le tarif aérien d'un billet aller-retour en classe économique, à concurrence de 2000 \$, pour votre transport de votre destination de vacances jusqu'au Canada et votre retour à votre destination de vacances. De plus, cette garantie est assortie d'une couverture pour les frais de transport terrestre :

- si un membre de votre famille* immédiate ne voyageant pas avec vous décède après que vous ayez quitté votre lieu de domicile, ou
- si, en raison d'une catastrophe naturelle, votre résidence principale devient inhabitable après que vous ayez quitté votre lieu de domicile.

Prestations de la police augmentées à concurrence de 5 000 000 \$US

MedipacPLUS augmente le montant de la couverture de votre police Medipac, la faisant passer de 2 000 000 \$ à 5 000 000 \$. *Certaines dispositions et exclusions s'appliquent. Vous trouverez les détails dans le libellé de votre avenant.*

Garantie bagages excédentaires

MedipacPLUS remboursera jusqu'à 500 \$ en frais d'expédition pour le retour de vos bagages excédentaires au Canada si Medipac vous rapatrie au Canada pour des raisons médicales et que vous ne pouvez rapporter vos bagages excédentaires par aucun autre moyen.

**tel que défini*

Si vous souscrivez en complément à une autre police d'assurance, MedipacPLUS n'offre aucune couverture avant la date d'entrée en vigueur de votre police Medipac.

59 \$

LES DEUX PAGES QUI SUIVENT COMPRENNENT D'IMPORTANTES PARTIES DE LA POLICE D'ASSURANCE VOYAGE MEDIPAC.

Appelez Medipac pour obtenir le Guide d'assurance voyage Medipac, qui contient le libellé intégral de la police, ou visitez le www.medipac.com

QUE FAIRE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE?

Vous **DEVEZ** aviser Medipac Assist **AVANT** de demander un traitement médical.

1-800-813-9374 (É.-U. et Canada)

416-441-6337 (à frais virés ou directement de partout ailleurs)
À défaut d'appeler, vous recevrez seulement 75 % de tous les frais couverts admissibles à concurrence de 25 000 \$US.

RISQUES EXCLUS

ÉTAT PRÉEXISTANT

La présente assurance ne couvre **aucune** urgence médicale relative, connexe ou attribuable à ce qui suit :

1. Tout état préexistant qui n'a PAS été stabilisé et contrôlé dans les 90 jours précédant la date d'entrée en vigueur de l'assurance ou la date du début de votre voyage. Cela comprend toute réaction à un changement de médicaments prescrits pour l'état en question.

Un « état préexistant » signifie un problème physique ou pathologique, un symptôme ou une maladie quelconque ayant fait l'objet de soins médicaux, ou pour lequel une personne ordinairement prudente aurait demandé des soins médicaux avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance ou la date du début de votre voyage.

« Stabilisé et contrôlé » signifie que dans les 90 jours précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance ou la date du début de votre voyage :

- (a) le problème physique ou pathologique, le symptôme ou la maladie ne s'est pas manifesté pour la première fois; et/ou
- (b) le problème physique ou pathologique, le symptôme ou la maladie n'a pas fait l'objet d'examen(s) pour la première fois; et/ou
- (c) le problème physique ou pathologique, le symptôme ou la maladie n'a pas empiré; et/ou
- (d) aucun changement de médicaments, de leur usage ou de leurs posologies n'est survenu, n'a été prescrit et/ou n'a été recommandé par un médecin; et/ou
- (e) aucun soin médical n'a été reçu ni prescrit ni recommandé par un médecin.

« Soin médical » signifie une fourniture ou une intervention ou un service médical, thérapeutique ou diagnostique quelconque prescrit, effectué ou recommandé par un médecin, y compris entre autres la prescription de médicaments, un test exploratoire ou une opération chirurgicale. Ni l'utilisation inchangée d'un médicament prescrit pour un problème de santé ou un symptôme qui est stabilisé et contrôlé ni un bilan de santé périodique ne constitue un soin médical.

Un changement de médicaments ne concerne ni les

médicaments hypocholestérolémiants, ni le changement d'un médicament d'origine pour un médicament générique (dans la mesure où la posologie n'est pas modifiée). Si vous prenez du Coumadin (warfarine) ou de l'insuline et devez faire analyser régulièrement votre concentration sanguine et que vous devez ajuster la posologie de vos médicaments uniquement pour stabiliser votre concentration sanguine, nous ne considérerions pas qu'il s'agit d'un changement de médicament, pourvu que votre état pathologique demeure stable.

2. Tout problème physique ou pathologique, symptôme ou maladie qui, dans les 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de votre assurance ou la date du début de votre voyage, a nécessité : a) un total d'au moins trois (3) visites en salle d'urgence, hospitalisations, chirurgies d'un jour ou toute combinaison des trois; et/ou b) une seule hospitalisation pendant plus de 48 heures consécutives.
3. Tout problème physique ou pathologique, symptôme ou maladie pour lequel on vous a recommandé un traitement ou un examen que vous n'avez pas encore subi avant la date d'entrée en vigueur de votre assurance ou la date du début de votre voyage.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

La présente assurance ne couvre aucuns frais ou services liés directement ou indirectement à ce qui suit :

4. Guerre, déclarée ou non, tout acte de guerre civile, rébellion, insurrection ou terrorisme ou participation à une émeute ou un trouble de l'ordre public ou manifestation ou le service dans les forces armées de n'importe quel pays.
5. Suicide, tentative de suicide ou blessure que l'assuré s'inflige.
6. a) Grossesse normale; b) accouchement normal; ou c) toute complication, toute affection ou tout symptôme relié à une grossesse, survenant dans les 18 dernières semaines qui précèdent la date prévue de l'accouchement.
7. Tout enfant né pendant un voyage.
8. Un voyage entrepris dans le but d'obtenir un traitement, des bilans de santé ou examens médicaux généraux ou une opération chirurgicale.
9. Trouble, maladie, état ou symptôme d'ordre affectif, psychologique ou mental.
10. Soins médicaux ou chirurgicaux qui sont principalement de nature esthétique ou tout traitement de nature expérimentale.
11. Tous frais engagés en raison de tout symptôme d'ordre médical ou physique ou d'une maladie et pour lequel,

avant la date du début de votre voyage, on vous a recommandé ou programmé des soins médicaux ou un changement de médicaments pour une date suivant la date du début de votre voyage.

12. Tout acte pour lequel aucuns frais n'auraient été facturés en l'absence d'assurance.
13. La réadaptation liée à l'affection, la continuation du traitement de l'affection ou le traitement d'une complication de l'affection qui a causé l'urgence médicale, après que vous ayez reçu votre congé de l'hôpital ou après que l'urgence médicale ait pris fin selon la Compagnie.
14. Tous frais engagés après la date à laquelle l'assuré a refusé une offre de rapatriement et/ou d'évacuation sanitaire.
15. La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel par vous-même.
16. Les soins, services ou fournitures qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical (selon la définition donnée) ou tout acte ou examen médical (y compris IRM, CPRM, tomodensitogramme, angiographie CT, examen d'effort par imagerie de perfusion nucléaire, angiogramme ou cathétérisme cardiaque) non autorisé à l'avance par Medipac Assist. Toute opération chirurgicale doit être préalablement autorisée par Medipac Assist, sauf dans les cas extrêmes où l'opération chirurgicale est faite d'urgence immédiatement après une admission à l'hôpital.
17. Le transfert médical d'urgence, à moins qu'il n'ait été préalablement organisé et approuvé par Medipac Assist.
18. Tout soin, service ou fourniture dispensé par un centre d'accueil pour les personnes âgées, une maison de repos, un établissement thermal, une maison de soins infirmiers, un hôpital pour convalescents, un hospice, un centre de soins palliatifs, un établissement spécialisé dans la prise en charge et le traitement des toxicomanes et des alcooliques, un établissement de garde ou d'éducation, ou tout établissement de réadaptation.
19. Tout service médical ou hospitalier si aucune protection en vertu du régime d'assurance maladie de votre province ou territoire canadien de résidence principale n'est en vigueur.
20. Toute perte ou tout dommage à des prothèses auditives, lunettes, lunettes de soleil, lentilles cornéennes, prothèses dentaires ou membres artificiels et toute ordonnance s'y rapportant.
21. Tous frais découlant de l'abus de drogues ou d'alcool, la non-observance ou le refus d'un traitement médical recommandé, ou un usage abusif de médicaments prescrits (y compris la non-observance ou le refus de la prescription).

22. Tous frais concernant les examens médicaux généraux, les soins normaux d'une affection existant avant la date d'entrée en vigueur de votre assurance ou toute dépense liée aux bilans de santé généraux ou périodiques.

23. Tous frais en rapport direct ou indirect avec un état pathologique lié au VIH ou au SIDA ou para-SIDA.
24. Une greffe du cœur, d'un poulmon, du foie, du rein, du pancréas ou de la moelle osseuse.
25. Tous frais survenus pendant un voyage couvert par l'Option annuelle pour lequel vous n'avez pas donné de preuve de date de départ.
26. Tous frais résultant directement ou indirectement de la pratique de la plongée sous-marine, de l'alpinisme, de l'escalade de rochers ou précipices, du deltaplane, du parapente, du parachutisme, du saut en parachute ou du saut en bungee.
27. Tous frais résultant directement ou indirectement de la participation à des épreuves de vitesse ou d'endurance et/ou à des activités athlétiques ou sportives contre rémunération ou pour gagner des prix.
28. Tout problème physique ou pathologique, symptôme ou maladie pour lequel les résultats de test(s) ou d'examen(s) n'ont pas été disponibles avant la date d'entrée en vigueur de votre assurance ou la date du début de votre voyage.
29. Un voyage dans un pays ou une région précise ayant fait l'objet, avant la date d'entrée en vigueur de votre assurance ou la date du début de votre voyage, d'un avertissement du ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement recommandant aux résidents canadiens de ne pas voyager dans ce pays ou cette région précise.

RESTRICTIONS GÉNÉRALES

S'il survient, après la souscription de cette police et avant la date d'entrée en vigueur de votre assurance, un changement dans votre état de santé, vous devez communiquer sans tarder avec Medipac en composant le 1-800-267-6440, à défaut de quoi il sera considéré qu'il y a eu une déclaration inexacte, ce qui pourrait rendre la police nulle et non avenue. Nous devons réévaluer votre admissibilité et le tarif de votre police. Si vous ne communiquez pas avec Medipac, votre réclamation pourrait être refusée ou vous pourriez ne recevoir de règlement que pour une partie des frais couverts.

Assureur :

L'Ancienne République, Compagnie d'Assurance du Canada.

Personnes n'ayant pas droit à la garantie

Vous ne pouvez pas être assuré en vertu de cette police, cette assurance est nulle et non avenue, et la responsabilité de la Compagnie se limite au remboursement de la prime si :

1. La garantie n'est pas souscrite pour toute la durée de *votre voyage* (sauf indication contraire expresse dans la présente police).
2. La proposition d'assurance est faite après que *vous* ayez quitté le Canada (à l'exception des demandes de prolongation de garantie faites après le départ).
3. Toute déclaration inexacte d'un fait important est faite dans la proposition ou en rapport avec une demande de règlement liée à cette police.

et/ou si entre la date de *votre demande* et la *date d'entrée en vigueur de votre assurance* :

4. *Vous* avez reçu un diagnostic de maladie en phase terminale, un médecin *vous* a recommandé de ne pas voyager, ou *vous* aviez le VIH, le SIDA ou le para-SIDA.
5. *Vous* avez reçu un diagnostic de fibrose pulmonaire ou de pneumopathie interstitielle.
6. *Vous* avez reçu une greffe d'organe ou de la moelle osseuse (excepté une greffe de peau ou de la cornée) ou eu un trouble sanguin pour lequel *vous* avez reçu un traitement au moyen de cellules souches.
7. *Vous* avez subi un *traitement médical* , reçu une ordonnance, pris des médicaments ou reçu un diagnostic relativement à un cancer du poumon, à un cancer métastatique ou à au moins deux (2) cancers (excepté les carcinomes basocellulaire et spinocellulaire).
8. *Vous* aviez des problèmes cardiaques et une fraction d'éjection de moins de 40 % ou une fonction ventriculaire de grade 3 ou 4.
9. *Vous* souffriez d'un rétrécissement valvulaire modérément grave ou grave.
10. *Vous* souffriez d'un anévrisme d'une taille supérieure à 4,5 cm (diamètre ou largeur) pour lequel *vous* n'avez pas subi d'intervention chirurgicale.
11. *Vous* avez subi une chimiothérapie pour un cancer ou une(des tumeur(s) maligne(s)).
12. *Vous* vous êtes fait implanter un stimulateur cardiaque, *vous* avez reçu un pontage coronarien ou avez subi une chirurgie à toute artère.
13. *Vous* avez subi toute autre chirurgie cardiaque (y compris une ablation, l'implantation d'un défibrillateur cardiaque et/ou d'une endoprothèse coronaire [stent] ou une angioplastie), ou souffert d'une crise cardiaque ou d'un épisode d'insuffisance cardiaque congestive.
14. *Vous* avez subi un accident vasculaire cérébral (AVC), un accident ischémique transitoire (AIT) ou une mini-attaque.

15. *Vous* souffriez de toute affection pulmonaire chronique (y compris l'emphysème, une maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC], une bronchite chronique, une affection respiratoire réactionnelle ou l'asthme) pour laquelle *vous* avez été *hospitalisé* pendant plus de 24 heures consécutives ou pour laquelle *vous* avez pris de la Prednisone ou du Solu-Medrol ou avez reçu une ordonnance à cet effet.
16. *Vous* avez utilisé un dispensateur d'oxygène à domicile ou reçu une ordonnance à cet effet pour quelque raison que ce soit.
17. *Vous* avez pris deux (2) médicaments ou plus ou de l'insuline pour le diabète et des médicaments pour des problèmes cardiaques ou avez reçu une ordonnance à cet effet. Le terme « médicament » comprend tous les genres de nitroglycérine.

Si vous avez moins de 56 ans et que *votre voyage* doit durer moins de 41 jours, les articles 4 à 17 sont sans effet.

Déclaration erronée

Si *vous* faites une déclaration erronée en réponse à toute question de la partie A de la demande, la présente police sera alors annulée. Si la *Compagnie* a engagé des dépenses en *votre* nom, *vous* cédez irrévocablement *votre* prime à la *Compagnie* ; si le montant de la prime est supérieur aux dépenses engagées par la *Compagnie* , la différence *vous* sera remboursée.

Si *vous* faites une déclaration erronée dans toute autre partie de la demande et qu'en conséquence de ladite déclaration *vous* payez une prime moins élevée que la prime exigée, la présente police ne couvrira alors les *frais couverts* que dans le même rapport que celui qui existe entre la prime payée et la prime exigée. *Vous* serez responsable de la portion restante des *frais couverts* .

PÉRIODE DE GARANTIE

Pour le **régime *voyage* unique**, *votre* garantie commence à 00 h 01, à la *date d'entrée en vigueur de votre assurance* , comme le stipule *votre* proposition d'assurance, et ne peut commencer avant si *vous* ne prévenez pas Medipac. *Votre* garantie prend fin à la première des éventualités suivantes : a) à 23 h 59, le jour prévu de retour indiqué dans *votre* proposition d'assurance, ou b) à la date de *votre* retour au Canada pour toute raison médicale. À la fin du traitement, demandez le rétablissement de *votre* police à Medipac Assist. Pour qu'elle soit valide, il faut un avenant.

Si, pendant le **régime *voyage* unique**, *vous* rentrez dans *votre* province ou territoire de résidence pour toute raison et que *vous* repartez ensuite en *voyage* , la présente assurance ne couvre aucune **urgence médicale** relative, connexe ou attribuable à tout problème physique ou pathologique pour lequel *vous* avez reçu des *soins médicaux* dans *votre* province ou territoire de résidence. La couverture du nombre de jours pendant lesquels *vous* êtes de retour dans *votre* province ou territoire de résidence n'est pas remboursable.

Si *vous* avez souscrit l'**Option annuelle** du **régime *voyage* unique**, alors, pour tous les **autres voyages** :

1. **Hors du Canada**, *votre* couverture commence à 00 h 01 chaque jour que *vous* quittez le Canada au cours des 365 jours qui suivent la *date d'entrée en vigueur de votre assurance* . *Votre* garantie finit à la première des éventualités suivantes : (a) 365 jours après la date d'entrée en vigueur de *votre* assurance; (b) à la date de *votre* retour au Canada; (c) à 00 h 01, 23 jours après la date à laquelle *vous* quittez le Canada (si *vous* avez souscrit l'Option annuelle de 23 jours); ou (d) à 00 h 01, 33 jours après la date à laquelle *vous* quittez le Canada (si *vous* avez souscrit l'Option annuelle de 33 jours).
2. **Au Canada**, *votre* garantie commence à 00 h 01 chaque jour que *vous* quittez *votre* province ou territoire de résidence principale. *Votre* garantie finit à la première des éventualités suivantes : (a) à 00 h 01, 182 jours après *votre* départ de *votre* province ou territoire de résidence principale; (b) à la date de *votre* retour dans *votre* province ou territoire de résidence principale; ou (c) 365 jours après la *date d'entrée en vigueur de votre assurance* .

La période de garantie est assujettie à la disposition de prolongation automatique décrite à la rubrique : « QU'ADVENT-IL DE MON ASSURANCE SI JE SUIS HOSPITALISÉ ET INCAPABLE DE RENTRER À LA DATE DE RETOUR PRÉVUE? »

La garantie d'assurance doit être souscrite pour la durée complète de *votre voyage* , à moins d'indication explicite contraire dans la police.

En vertu de la présente police, *vous* pouvez prolonger le nombre de jours disponibles d'après *votre* Option annuelle pendant la période de 365 jours de *votre* police. En cas de prolongation de *votre* Option annuelle, le même genre de garantie et la même option de franchise DOIVENT être appliqués. *Votre* Option annuelle ne peut être utilisée conjointement avec *votre* régime *voyage* unique.

MODIFICATION DE LA DATE DE DÉPART

Pour le régime *voyage* unique, si *vous* devez changer la date de *votre* départ, *vous* DEVEZ aviser Medipac, à partir du Canada, avant la date de départ figurant dans *votre* proposition. Si *vous* avez souscrit l'Option annuelle, *vous* n'êtes pas obligé de donner un préavis de la date de *votre* départ pour d'autres *voyages* . **Cependant, *vous* devrez fournir la preuve de ces dates si *vous* soumettez une réclamation.**

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT

1. Aucun remboursement ne sera accordé si un règlement a été consenti.
2. La prime de l'Option annuelle ne peut être remboursée après l'entrée en vigueur de la garantie.
3. Toutes les demandes de remboursement doivent être faites par écrit à partir du Canada.
4. Les primes de 50 \$ ou moins ne sont pas remboursables.

L'assuré a droit à un remboursement dans les cas suivants :

Un REMBOURSEMENT INTÉGRAL si, avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* , l'une de ces situations s'applique :

- *L'assuré* ou son *conjoint* se trouve dans l'incapacité de voyager à cause d'une *maladie* ou d'une *blessure* (la déclaration d'un *médecin* est demandée);
- *L'assuré* se trouve dans l'incapacité de voyager à cause d'un décès dans sa famille proche.

Un REMBOURSEMENT INTÉGRAL moins des frais d'administration de 50 \$ par personne si, avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* :

- la police est annulée pour une autre raison.

- La réiliation du **régime *voyage* unique** entraînera la réiliation de l'Option annuelle.

REMBOURSEMENT PARTIEL moins des frais d'administration de 20 \$ par personne si :

- *L'assuré* retourne au Canada et sa police comporte au moins 10 jours consécutifs non utilisés avant la date de retour prévue.
- Un remboursement au prorata sera calculé d'après la date du cachet postal de la demande écrite ou la date d'annulation demandée, selon la dernière de ces dates.
- Si *vous* avez souscrit l'Option annuelle de 23 jours (ou de 33 jours), seule la partie de la prime supérieure à une prime de régime *voyage* unique de 22-24 jours (ou 31-33 jours) est admissible à un remboursement.
- *Votre* demande **DOIT** préciser qu'aucun règlement n'a été accordé.

**Toute demande de remboursement peut être postée à : Assurance voyage Medipac
180 Lesmill Road, Toronto (ON) M3B 2T5
PROLONGATIONS DE GARANTIE**

La prolongation de garantie doit être demandée et approuvée par Medipac au moins 3 jours avant la date prévue de *votre* retour (ou au moins 3 jours avant la date de la fin de *votre voyage* au titre de l'Option annuelle, le cas échéant). Afin de demander la prolongation de la couverture, *vous* devez être en bonne santé et *vous* ne devez avoir aucun trouble pour lequel on prévoit une opération ou une *hospitalisation* . **Aucune prolongation ne pourra être accordée si un règlement a été consenti.** Pour demander une prolongation de la garantie, veuillez téléphoner à Medipac International Inc. au 1-800-267-6440 sans frais des É.-U. et du Canada ou au 416-441-7090 de partout ailleurs.. Une déclaration de bonne santé doit être faite avant qu'une prolongation puisse être accordée. Les prolongations sont accordées en unités de jours multiples, comme indiqué dans le Guide. Des frais d'administration s'appliquent pour chaque personne et chaque prolongation.

Assureur :

L'Ancienne République, Compagnie d'Assurance du Canada.

D'excellentes raisons de souscrire le programme Medipac^{MD}!

Assurance voyage Lève-tôt^{MD}

Épargnez 5 % en souscrivant au plus tard le 20 août 2018. Profitez aussi de notre plan de versements faciles : payez 25 % de votre prime lors de la demande, puis 25 % les 15 août, 15 septembre et 15 octobre. Renseignez-vous aussi ci-dessous sur notre double garantie Lève-tôt.

Voyages de courte durée

Vous allez magasiner du côté des États-Unis ou vous partez 10 jours en croisière? Ne prenez pas le risque de voyager sans assurance Medipac!

Taux à court et à long terme disponibles.

Incitatifs pour les nouveaux clients

Faites comme les dizaines de milliers de voyageurs expérimentés qui choisissent Medipac chaque année. Grâce à notre réduction « aucune réclamation », les nouveaux clients peuvent économiser jusqu'à 5 %. *Voir à l'intérieur.*

Les récompenses de Medipac

Votre loyauté et vos années sans réclamations sont récompensées par des crédits pouvant atteindre 18 % de votre prime. Grâce à notre crédit pour loyauté, épargnez jusqu'à 8 %, et jusqu'à 10 % de plus si vous n'avez pas fait de réclamation. *Voir à l'intérieur.*

Les régimes annuels Medipac

Épargnez temps et argent en greffant notre Option annuelle de 23 jours **ou notre nouvelle Option annuelle de 33 jours** à votre régime principal. Vous serez couvert pour tout voyage allant jusqu'à 23 ou 33 jours. L'Option annuelle offre aussi une couverture pour les voyages à l'intérieur du Canada allant jusqu'à 182 jours. *Voir à l'intérieur.*

Couverture des états préexistants

La plupart des clients dont l'état de santé est stable et contrôlé peuvent souscrire l'assurance Medipac et bénéficier d'une pleine couverture de TOUS leurs problèmes de santé.

Voir à l'intérieur.

MedipacPLUS

Protégez votre réduction « aucune réclamation » et faites plus que doubler votre protection maximale pour 59 \$ seulement.

Un incontournable! MedipacPLUS offre aussi 6 importantes garanties supplémentaires. *Voir à l'intérieur.*

Offre spéciale aux retraités de la fonction publique

Les fonctionnaires, militaires et agents de la GRC retraités qui participent au Régime de soins de santé de la fonction publique peuvent bénéficier d'une réduction de prime et d'un régime annuel de 40 jours amélioré sans frais supplémentaires.



La double garantie Lève-tôt de Medipac

Lorsque vous souscrivez l'assurance voyage Lève-tôt^{MD} de Medipac, nous vous garantissons que si le tarif augmente, votre tarif demeurera le même, mais que si votre prime diminue, nous vous ferons parvenir un chèque en règlement de la différence.

Approuvé par l'ACS et la Légion royale canadienne



L'Association canadienne des « snowbirds » et la Légion royale canadienne ont toutes deux désigné Medipac à titre de fournisseur exclusif d'assurance voyage à leurs membres. Nous sommes fiers d'avoir gagné leur confiance, et nous espérons gagner la vôtre!

