MEDIPAC
Assurance voyage

INSTRUCTIONS

Ces instructions visent à simplifier votre processus de proposition; **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**. S'il se produit un changement dans votre état de santé après la date de votre proposition, mais avant la date d'entrée en vigueur de votre assurance, vous devez nous appeler pour que nous déterminions si le changement affecte votre période de stabilité et 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 proposition :

- 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.
- Il faut 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. Les changements **doivent** être paraphés par le proposant.
- Votre proposition 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 proposition doit être **signée et datée** par chaque proposant (le cas échéant). Assurez-vous de bien **lire et comprendre** la partie H. DÉCLARATION/AUTORISATION.

Si toute étape ci-dessus n'est pas respectée, la proposition 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 proposition, 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? Si vous partez en voyage avant ou après la date d'entré en vigueur initiale de votre assurance, vous **devez** aviser Medipac d'avance pour faire changer vos dates, sans quoi votre couverture sera limitée.
- Vous restez à destination plus longtemps que prévu? Appelez Medipac pour demander une prolongation de couverture. Vous **devez** demander toute prolongation avant la date d'échéance de votre assurance. *(consultez la politique sur les prolongations de garantie dans la présente).*
- Vous devez annuler ou rentrer plus tôt que prévu? *Consultez la politique de remboursement dans la présente.*

AIDE-MÉMOIRE

Approuvé par Association Canadienne des «Snowbirds» CSA

Avant de présenter votre proposition, assurez-vous que :

- ☐ Vous avez répondu à toutes les questions d'ordre médical et tout changement apporté à la proposition est paraphé 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 proposition a été signée.
- ☐ Vous avez inclus votre paiement. *Le paiement intégral doit avoir été reçu avant le départ, sans quoi votre police ne sera pas valide. Des frais de 25 $ seront exigés pour tout chèque sans provision.*

Paiement intégral :

- Annexez 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 avec date de départ après le 15 octobre) :

- Annexez un chèque marqué NUL ou remplissez la partie I pour faire vos versements par carte de crédit. NB : il n'est pas nécessaire de joindre de chèques postdatés.
- 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 lorsque vous recevez votre nouvelle carte.
- 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.

L'enveloppe doit être oblitérée par la poste au plus tard le 31 août 2025.

Assureur : Old Republic, Compagnie d'assurance du Canada

MEDIPAC

PROPOSITION D'ASSURANCE VOYAGE MÉDICALE D'URGENCE
RÉGIME LÈVE-TÔT 2025 – DOIT ÊTRE OBLITÉRÉ PAR LA POSTE AU PLUS TARD LE 31 AOÛT

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

			PROPOSANT 1 OUI NON	PROPOSANT 2 OUI NON
1	**Avez-vous** reçu un diagnostic de maladie en phase terminale ou un médecin vous a-t-il avisé de ne pas voyager?	1	OUI NON	OUI NON
2	**Avez-vous** reçu un diagnostic de fibrose pulmonaire ou de pneumopathie interstitielle?	2	OUI NON	OUI 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	OUI NON	OUI NON
4	**Au cours des 5 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 un cancer du poumon, à un cancer métastatique ou à au moins deux (2) cancers (**excepté** les carcinomes basocellulaire et spinocellulaire)?	4	OUI NON	OUI NON
5	**AVEZ-vous** des problèmes cardiaques et une fraction d'éjection de **MOINS de 41 %** ou une fonction ventriculaire de grade **3 ou 4**?	5	OUI NON	OUI NON
6	**AVEZ-vous** un rétrécissement valvulaire modérément grave ou grave?	6	OUI NON	OUI NON
7	**AVEZ-vous** un anévrisme ou une artère dilatée mesurant plus de 4,5 cm (diamètre ou largeur) pour lequel vous n'avez pas subi une intervention chirurgicale?	7	OUI NON	OUI NON
8	**Au cours des 6 MOIS** précédant la date de la proposition :			
	a avez-vous subi une chimiothérapie, une immunothérapie ou une pharmacothérapie ciblée pour un cancer ou une/des tumeur(s) maligne(s)?	8a	OUI NON	OUI NON
	b avez-vous subi une chirurgie ou l'implantation d'une endoprothèse vasculaire à **TOUTE** artère **ou** l'implantation d'un stimulateur cardiaque?	8b	OUI NON	OUI NON
9	**Au cours des 12 MOIS** précédant la date de la proposition :			
	a avez-vous subi une ablation cardiaque, l'implantation d'un défibrillateur cardiaque, une angioplastie coronaire et/ou l'implantation d'une endoprothèse coronaire [stent], un pontage coronarien, le remplacement ou la réparation d'une valvule cardiaque, ou souffert d'une crise ou d'un arrêt cardiaque ou d'un épisode d'insuffisance cardiaque congestive?	9a	OUI NON	OUI NON
	b avez-vous subi un accident vasculaire cérébral (AVC), un accident ischémique transitoire (AIT) ou une mini-attaque?	9b	OUI NON	OUI 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	OUI NON	OUI 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	OUI NON	OUI 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. L'hypertension (tension artérielle élevée) n'est pas considérée comme un problème cardiaque.	9e	OUI NON	OUI NON

SI VOUS AVEZ RÉPONDU **OUI** À **TOUTE** QUESTION CI-DESSUS, **VOUS N'ÊTES PAS ADMISSIBLE.**

SI VOUS AVEZ RÉPONDU **NON** À **TOUTES** LES QUESTIONS CI-DESSUS, **VOUS ÊTES ADMISSIBLE**. Veuillez continuer de remplir la proposition.

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 ☐ Femme ☐	Date de naissance : Jour : _____ Mois : _____ Année : _____	Homme ☐ Femme ☐
Avez-vous fumé la cigarette ou vapoté (y compris des cigarettes électroniques) dans les 2 années précédant la date de la proposition?	Oui ☐ Non ☐	**Avez-vous fumé la cigarette ou vapoté (y compris des cigarettes électroniques) dans les 2 années précédant la date de la proposition?**	Oui ☐ Non ☐
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 *(proposants 1 et 2)*			ADRESSE À L'ÉTRANGER *(proposants 1 et 2, le cas échéant)*		
Nº et rue :		Nº d'app. ou de lot :	Nº et rue :		Nº d'app. ou de lot :
Ville :	Province :	Code postal :	Ville :	État :	Code postal :
Courriel :			Courriel :		
Téléphone à la maison : ( )		Cellulaire : ( )	Téléphone à la maison : ( )		Cellulaire : ( )

C. ÉTABLISSEMENT DU TARIF – Partie 1

			PROPOSANT 1 OUI NON	PROPOSANT 2 OUI NON
1	**Avez-vous DÉJÀ** subi une insuffisance cardiaque congestive ou **TOUTE** chirurgie cardiaque (**y compris** une ablation cardiaque, l'implantation d'un stimulateur ou d'un défibrillateur cardiaque, une angioplastie coronaire et/ou l'implantation d'une endoprothèse coronaire [stent], un pontage coronarien, ou encore le remplacement ou la réparation d'une valvule cardiaque)?	1	OUI NON	OUI NON
2	**Au cours des 5 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 ce qui suit :			
	a **TOUTE** affection cardiaque (**y compris** fibrillation auriculaire, arythmie cardiaque, angine de poitrine ou crise cardiaque), rétrécissement ou obstruction de **TOUTE** artère (**y compris** embolie pulmonaire [EP], maladie artérielle périphérique [MAP] ou sténose carotidienne), ou hypertension pulmonaire?	2a	OUI NON	OUI NON
	b affection pulmonaire chronique (**y compris** emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC] ou bronchite chronique)?	2b	OUI NON	OUI NON
	c accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), mini-attaque ou amaurose fugace (**excepté** traitement à l'aspirine)?	2c	OUI NON	OUI NON
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?	3	OUI NON	OUI NON
4	**Au cours des 12 MOIS** précédant la date de la proposition, avez-vous subi un traitement médical, reçu une ordonnance, pris des médicaments ou 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.	4	OUI NON	OUI NON
5	**Au cours des 12 MOIS** 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)?	5	OUI NON	OUI NON
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)?	6a	OUI NON	OUI NON
	b **3 médicaments ou plus** pour le diabète (**y compris** l'intolérance au glucose), l'hypertension (tension artérielle élevée) ou une combinaison des deux? Le terme « médicament » comprend les diurétiques (pilules d'eau).	6b	OUI NON	OUI NON
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)?	7	OUI NON	OUI NON
8	**AVEZ-vous** un fonction rénale réduite avec taux de filtration glomérulaire estimé (TFGe) de moins de 45 **ou** une cirrhose du foie?	8	OUI NON	OUI NON
9	**AVEZ-vous** un diabète nécessitant de l'insuline?	9	OUI NON	OUI NON

D. ÉTABLISSEMENT DU TARIF – Partie 2

			PROPOSANT 1 OUI NON	PROPOSANT 2 OUI NON
1	**Avez-vous DÉJÀ** subi un rétrécissement ou une obstruction de **TOUTE** artère (**y compris** embolie pulmonaire [EP], maladie artérielle périphérique [MAP] ou sténose carotidienne), un anévrisme, une hypertension pulmonaire, ou **TOUTE** affection cardiaque (**y compris** fibrillation auriculaire, arythmie cardiaque, crise cardiaque ou angine de poitrine)?	1	OUI NON	OUI NON
2	**Avez-vous DÉJÀ** subi un accident vasculaire cérébral (AVC), un accident ischémique transitoire (AIT) ou une mini-attaque?	2	OUI NON	OUI NON
3	**AVEZ-vous** un diabète (**y compris** une intolérance au glucose) nécessitant des médicaments?	3	OUI NON	OUI NON
4	**Au cours des 2 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 ce qui suit :			
	a un trouble sanguin, par un spécialiste de médecine interne ou un hématologue?	4a	OUI NON	OUI NON
	b l'épilepsie ou tout autre trouble convulsif (**y compris** un épisode pour lequel vous n'avez pas été traité)?	4b	OUI NON	OUI NON
	c la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien?	4c	OUI NON	OUI NON
5	**Au cours des 12 MOIS** précédant la date de la proposition, avez-vous été pris d'évanouissement ou eu un épisode de syncope?	5	OUI NON	OUI NON
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)	6a	OUI NON	OUI NON
	b du Lasix ou du furosémide?	6b	OUI NON	OUI NON
7	**Au cours des 3 MOIS** 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 auto-immune? Le terme « médicament » **comprend** les immunothérapies ciblées, les antirhumatismaux modificateurs de la maladie et/ou les immunosuppresseurs (**excepté** le méthotrexate).	7	OUI NON	OUI NON

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**

MEDIPAC
Assurance voyage

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 :
Old Republic, 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.

DÉTAILS DU VOYAGE UNIQUE

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

PROPOSANT 1	PROPOSANT 2
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 1 000 000 $CA pour les 40 premiers jours de voyage.	☐ Je suis **retraité fédéral** et demande une police avec franchise de 1 000 000 $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 nº :	Certificat nº :	Police nº :	Certificat nº :

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

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

OPTION ANNUELLE

(Facultative) **Détails à la page 12 du guide**

☐ Ajouter l'**Option annuelle :** ☐ **23 jours** ☐ **33 jours**	☐ Ajouter 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.

MEDIPACMAX / MedipacPLUS

(Choisissez votre couverture) **Détails à la page 13 du guide**

OUI ☐ Ajouter Medipac**MAX** ☐ Ajouter MedipacPLUS	**OUI** ☐ Ajouter Medipac**MAX** ☐ Ajouter MedipacPLUS

F. CALCUL DE LA PRIME

Tarif :	☐ **Privilégié PLUS**	☐ **Privilégié**	☐ **Standard**	**Tarif :**	☐ **Privilégié PLUS**	☐ **Privilégié**	☐ **Standard**
Franchise (dollars US) :	☐0 $ ☐99 $ ☐1 000 $ ☐5 000 $ ☐10 000 $			**Franchise (dollars US) :**	☐0 $ ☐99 $ ☐1 000 $ ☐5 000 $ ☐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 ***(le cas échéant)*** :	+	**AJOUTEZ** le tarif de l'Option annuelle ***(le cas échéant)*** :	+
Sous-total – Prime :	=	**Sous-total – Prime :**	=
AJOUTEZ 10 % pour une franchise de 0 $:	+	**AJOUTEZ** 10 % pour une franchise de 0 $:	+
Sous-total :	=	**Sous-total :**	=
AJOUTEZ 20 % si vous avez fumé la cigarette ou utilisé des produits de vapotage dans les 2 années précédant la date de la proposition :	+	**AJOUTEZ** 20 % si vous avez fumé la cigarette ou utilisé des produits de vapotage dans les 2 années précédant la date de la proposition :	+
SOUSTRAYEZ le crédit des retraités du gouv. féd. ***(le cas échéant)*** :	–	**SOUSTRAYEZ** le crédit des retraités du gouv. féd. ***(le cas échéant)*** :	–
AJOUTEZ 147 $ pour MedipacMAX ***(recommandé)*** ou 59 $ pour MedipacPLUS :	+	**AJOUTEZ** 147 $ pour MedipacMAX ***(recommandé)*** ou 59 $ pour MedipacPLUS :	+
Prime totale du proposant 1 :	=	**Prime totale du proposant 2 :**	=

Je souhaite recevoir ma police d'assurance à mon (cochez 1 case) : ☐ adresse courriel ☐ au Canada ☐ à l'étranger

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 marqué NUL** ou inscrivez les détails de votre carte de crédit à la section I. au verso.

CET ENCADRÉ EST RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N'ÉCRIVEZ PAS dans cet espace.

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

NOTES : _____

H. DÉCLARATION/AUTORISATION

Cette proposition doit être remplie intégralement, datée, et signée au Canada avant le départ. Medipac se réserve le droit de refuser toute proposition.

Si je ne date pas la présente proposition, la date à laquelle Medipac reçoit cette proposition dûment remplie sera alors considérée comme la date de signature.

Je soussigné(e) comprends que l'obtention d'une couverture d'assurance voyage médicale d'urgence au titre de la police dépend de l'exactitude des informations que je fournis dans la présente proposition. **Je reconnais qu'**il est de ma responsabilité de connaître parfaitement mes antécédents médicaux, qu'**il m'est conseillé** de consulter mon ou mes médecins et que j'ai eu l'occasion de vérifier l'exactitude des informations que je fournis dans le présent document.

J'atteste que toutes les réponses et informations que je fournis dans la présente proposition sont complètes, véridiques et exactes.

AVIS IMPORTANT : Toutes les réponses données dans la présente proposition doivent être et rester exactes jusqu'à la date d'entrée en vigueur de l'assurance. **Si mon état de santé change** de quelque façon que ce soit (y compris tout diagnostic nouveau ou modifié) et/ou si je subis des examens ou demande des soins médicaux entre la date de la présente proposition et la date d'entrée en vigueur de l'assurance, **j'accepte** d'en aviser rapidement Medipac International Inc. (Medipac), qui réévaluera alors mon admissibilité et pourrait ajuster ma prime en conséquence. Si je n'avise pas Medipac, ma couverture pourrait être limitée, une demande de règlement pourrait être refusée et/ou ma police pourrait être jugée **nulle et non avenue.**

Je comprends que si je me trouve en situation d'urgence médicale, que je demande des soins médicaux et/ou que je présente une demande de règlement au titre de la police, mon dossier médical peut être exigé et examiné. **Je comprends que** s'il est établi que toute information que j'ai fournie est trompeuse, inexacte et/ou qu'elle ne correspond pas à mon dossier médical, la couverture peut être limitée, une demande de règlement refusée et/ou la police jugée **nulle et non avenue**.

Je reconnais avoir reçu une copie de la présente proposition et de la police. En outre, **je déclare** que j'ai lu et compris et que j'accepte les conditions de la police, y compris les exclusions générales, les restrictions générales ainsi que celles relatives aux états préexistants non stabilisés, notamment tout problème médical **1) qui n'était PAS stable et contrôlé**, y compris toute réaction à un changement de médicament, dans les 90 jours précédant la date demandée d'entrée en vigueur de l'assurance (ou toute date de début de voyage au titre de l'Option annuelle); ou **2) qui a nécessité** au total au moins trois [3] visites aux urgences, hospitalisations, chirurgies d'un jour ou toute combinaison des trois, **et/ou** une seule hospitalisation de plus de 48 heures consécutives, dans les 12 mois précédant la date demandée d'entrée en vigueur de l'assurance (ou toute date de début de voyage au titre de l'Option annuelle); ou **3) pour lequel un traitement** et/ou des examens m'ont été recommandés, mais que je n'ai pas subis avant la date demandée d'entrée en vigueur de l'assurance (ou toute date de début du voyage au titre de l'Option annuelle).

Je reconnais et j'accepte que suivant la soumission de cette proposition, l'accès à mes renseignements personnels et leur utilisation seront régis à la fois par la politique de confidentialité de Medipac, disponible au www.medipac.com/fr/privacy-policy, et par l'AVIS SUR LA CONFIDENTIALITÉ d'Old Republic, Compagnie d'assurance du Canada (la Compagnie), disponible au www.orican.com/fr/privacy.

Si je me trouve en situation d'urgence médicale, demande des soins médicaux ou présente une demande de règlement, **j'autorise par la présente** tout médecin, praticien, fournisseur de soins de santé, hôpital, établissement de santé, organisme médical, clinique et tout autre établissement médical ou paramédical, compagnie d'assurance, commission d'indemnisation des accidentés du travail ou régime ou organisme similaire ainsi que tout ministère de la Santé à communiquer et échanger mes dossiers médicaux complets avec Medipac, Medipac Assist et la Compagnie, 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 éventuellement recevoir. 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 personnels sur ma santé et de leur communication conformément aux pratiques en matière de confidentialité prescrites par la LPRPDE *(Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques)* du Canada et de la *Health Insurance Portability and Accountability Act* des États-Unis. Une photocopie ou une copie électronique de cette autorisation aura la même validité que l'original.

En cas de demande de règlement, le cas échéant, j'autorise l'imputation de ma franchise au numéro de carte de crédit utilisé pour la souscription de la police. Si les dépenses sont inférieures à la franchise, un remboursement sera émis.

DATEZ et SIGNEZ ci-dessous

X _____
Signature du proposant 1

X _____
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

Compte en $ canadiens SEULEMENT

Nom du titulaire de la carte :	☐ Visa	☐ MasterCard
N° de la carte :	Date d'expiration : Mois : Année :	