

# 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 devez annuler ou rentrer 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 en 2 versements égaux (par chèque seulement et pour les voyages de plus de 40 jours) :

- Pour profiter de l'option de paiement en 2 versements, incluez un chèque NUL (il n'est pas nécessaire d'établir un chèque postdaté).
- Le premier de vos 2 versements sera payable à la date de traitement de votre proposition; le reste de votre prime sera payable un mois après cette date.



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		PROPOSANT 2	
		OUI	NON	OUI	NON
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="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
2	Avez-vous reçu un diagnostic de fibrose pulmonaire ou de pneumopathie interstitielle?	2	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
6	AVEZ-vous un rétrécissement valvulaire modérément grave ou grave?	6	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	b avez-vous subi un accident vasculaire cérébral (AVC), un accident ischémique transitoire (AIT) ou une mini-attaque?	9b	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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** à la souscription de ce régime. Veuillez 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 <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	Date de naissance : Jour : _____ Mois : _____ Année : _____	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>
Employeur avant la retraite :	Poste :	Employeur avant la retraite :	Poste :
Avez-vous fumé la cigarette dans les 2 années précédant la date de la proposition? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Avez-vous fumé la cigarette dans les 2 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 (proposants 1 et 2) ADRESSE À L'ÉTRANGER (proposants 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 :		Code postal :	
Courriel :		Courriel :	
Téléphone à la maison : ( )	Cellulaire : ( )	Téléphone à la maison : ( )	Cellulaire : ( )

Je souhaite recevoir ma police d'assurance à l'adresse :  au Canada  à l'étranger

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, un pontage coronarien, l'implantation d'un stimulateur cardiaque, d'un défibrillateur cardiaque ou d'une endoprothèse coronaire [stent] ou une angioplastie)?	1	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 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.	2a	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	b affection pulmonaire chronique (y compris emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC] ou bronchite chronique)?	2b	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	c accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), mini-attaque ou amaurose fugace (excepté traitement à l'aspirine)?	2c	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
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)?	4	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5	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.	5	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 prednisonne et du Solu-Medrol) pour plus de 15 jours (excepté des inhalateurs, des médicaments topiques et des gouttes ophtalmiques)?	6a	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	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).	6b	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
8	AVEZ-vous une fonction rénale réduite avec taux de filtration glomérulaire estimé (TFGe) de moins de 45 ou une cirrhose du foie?	8	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
9	AVEZ-vous un diabète nécessitant de l'insuline?	9	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 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?	1	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2	Avez-vous DÉJÀ subi un accident vasculaire cérébral (AVC), un accident ischémique transitoire (AIT) ou une mini-attaque?	2	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3	AVEZ-vous un diabète (y compris une intolérance au glucose) nécessitant des médicaments?	3	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	b l'épilepsie ou tout autre trouble convulsif (y compris un épisode pour lequel vous n'avez pas été traité)?	4b	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	c la maladie de Parkinson?	4c	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	d un ictus amnésique?	4d	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	b du Lasix ou du furosémide?	6b	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	c des médicaments immunosuppresseurs (excepté le méthotrexate)?	6c	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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



**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.

PROPOSANT 1

DÉTAILS DU VOYAGE UNIQUE

PROPOSANT 2

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

Date du départ : Jour : _____ Mois : _____ Année : _____	<input type="checkbox"/> même que le proposant 1
Date de retour prévu : Jour : _____ Mois : _____ Année : _____	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.

<input type="checkbox"/> Je suis <b>retraité fédéral</b> et demande une police avec franchise de 500 000 \$CA pour les 40 premiers jours de voyage.	<input type="checkbox"/> Je suis <b>retraité fédéral</b> et demande une police avec franchise de 500 000 \$CA pour les 40 premiers jours de voyage.		
<input type="checkbox"/> Je prends un <b>régime d'appoint</b> pour mon autre assurance et demande que l'assurance Medipac prenne effet le : Jour : _____ Mois : _____ Année : _____	<input type="checkbox"/> Je prends un <b>régime d'appoint</b> 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 :	<input type="checkbox"/> Couverture individuelle <input type="checkbox"/> Couverture familiale	Compagnie d'assurance :	<input type="checkbox"/> Couverture individuelle <input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 66	<input type="checkbox"/> 75	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 66	<input type="checkbox"/> 75
<input type="checkbox"/> 82	<input type="checkbox"/> 90	<input type="checkbox"/> 96	<input type="checkbox"/> 105	<input type="checkbox"/> 112	<input type="checkbox"/> 120	<input type="checkbox"/> 126	<input type="checkbox"/> 135	<input type="checkbox"/> 142	<input type="checkbox"/> 150	<input type="checkbox"/> 156	<input type="checkbox"/> 165	<input type="checkbox"/> 175	<input type="checkbox"/> 183	<input type="checkbox"/> 190	<input type="checkbox"/> 200	<input type="checkbox"/> 212	<input type="checkbox"/> 82	<input type="checkbox"/> 90	<input type="checkbox"/> 96	<input type="checkbox"/> 105	<input type="checkbox"/> 112	<input type="checkbox"/> 120	<input type="checkbox"/> 126	<input type="checkbox"/> 135	<input type="checkbox"/> 142	<input type="checkbox"/> 150	<input type="checkbox"/> 156	<input type="checkbox"/> 165	<input type="checkbox"/> 175	<input type="checkbox"/> 183	<input type="checkbox"/> 190	<input type="checkbox"/> 200	<input type="checkbox"/> 212

### OPTION ANNUELLE

<input type="checkbox"/> Je souscris l' <b>Option annuelle</b> : <input type="checkbox"/> 23 jours <input type="checkbox"/> 33 jours	<input type="checkbox"/> Je souscris l' <b>Option annuelle</b> : <input type="checkbox"/> 23 jours <input type="checkbox"/> 33 jours
<input type="checkbox"/> A. Prise d'effet à l'entrée en vigueur de mon assurance, <b>OU</b>	<input type="checkbox"/> A. Prise d'effet à l'entrée en vigueur de mon assurance, <b>OU</b>
<input type="checkbox"/> B. Prise d'effet le Jour : _____ Mois : _____ Année : _____	<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> , j'aimerais souscrire MedipacPLUS.	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> , j'aimerais souscrire MedipacPLUS.
---	---

## F. CALCUL DE LA PRIME

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

## G. PAIEMENT

Les primes sont en dollars canadiens.

<input type="checkbox"/> <b>OPTION 1 : Paiement intégral</b> Établissez votre chèque à l'ordre d'Assurance voyage Medipac ou inscrivez les détails de votre carte de crédit à la section I.	<input type="checkbox"/> <b>OPTION 2 : Paiement en 2 versements égaux.</b> Voir les instructions. 50 % de votre prime sera payable à la date de traitement de votre proposition; le reste de votre prime sera payable un mois après cette date. Joignez un chèque NUL à votre proposition. (Paiement par chèque seulement et pour les voyages de plus de 40 jours.)
--	--



## 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 devons 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, Old Republic, Compagnie d'assurance du Canada, C.P 557, Hamilton (Ontario), L8N 3K9; ou par courriel à [privacy@oldrepublicgroup.com](mailto:privacy@oldrepublicgroup.com).

### Frais d'administration

1. Modification ( <i>première modification sans frais</i> ) . . . . .	20 \$
2. Chèque sans provision . . . . .	25 \$
3. Livraison express ( <i>2 à 4 jours ouvrables</i> ) . . . . .	20 \$
4. Prolongation . . . . .	10 \$
5. Régime d'appoint . . . . .	GRATUIT
6. Remboursement intégral	
Raisons médicales . . . . .	GRATUIT
Toute autre raison . . . . .	50 \$
7. Remboursement partiel . . . . .	20 \$

### 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 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 18 %.

Économisez jusqu'à 23 % 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 5 %!

En tant que NOUVEAU client de Medipac, vous pourriez avoir droit à la réduction **Avantage « aucune réclamation »**.

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 où vous n'avez pas présenté de réclamation ni été hospitalisé (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 où vous avez été assuré sans effectuer de réclamations.

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

## 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+

## NEUF 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!

Protection de la réduction « aucune réclamation »

**MedipacPLUS protège** votre réduction « aucune réclamation » en exonérant la première réclamation qui vous fait dépasser votre franchise pendant votre voyage : si peu pour économiser année après année.

Garantie d'évacuation médicale

**MedipacPLUS vous verse** 100 \$CA par jour jusqu'à 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 \$.

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.

Garantie d'hospitalisation en réadaptation

**MedipacPLUS remboursera** jusqu'à 5 000 \$ de frais d'hospitalisation en réadaptation si vous subissez une blessure orthopédique accidentelle à l'étranger et nécessitez un séjour en réadaptation.

*Certaines dispositions et exclusions s'appliquent. Vous trouverez les détails dans le libellé et les définitions de l'avenant aux pages 40 et 41.*

*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 \$**

**NOUVEAU**

# 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](http://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 Medipac Assist, vous recevrez seulement 75 % de tous les dépenses couvertes admissibles à concurrence de 25 000 \$US.

## PÉRIODE DE GARANTIE

Pour le régime **voyage unique**, la période de 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** en plus du régime **voyage unique**, alors, pour tous les autres voyages :

- Hors du Canada**, votre couverture commence à 00 h 01 chaque jour que vous quittez le Canada au cours des 365 jours à partir de la date d'entrée en vigueur de votre assurance. Votre garantie finit à la première des éventualités suivantes : (a) 364 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).
- Au Canada**, votre garantie commence à 00 h 01 chaque jour que vous quittez votre province ou territoire de résidence principale 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) 364 jours après la date d'entrée en vigueur de votre assurance; (b) à la date de votre retour dans votre province ou territoire de résidence principale; ou (c) à 00 h 01, 182 jours après votre départ de votre province ou territoire de résidence principale.

La période de garantie est assujettie à la disposition de prolongation automatique décrite à la rubrique « QU'ADVIENT-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.

Si vous avez souscrit l'Option annuelle en plus du régime voyage unique, vous pouvez prolonger tout voyage unique 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.

## RISQUES EXCLUS

### ÉTAT PRÉEXISTANT

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

- Tout état préexistant qui n'était pas stabilisé et contrôlé dans les 90 jours précédant la date d'entrée en vigueur de votre 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 votre assurance ou la date du début de votre voyage.

« Stabilisé et contrôlé » signifie que

- le problème physique ou pathologique, le symptôme ou la maladie ne s'est pas manifesté pour la première fois; et/ou
- le problème physique ou pathologique, le symptôme ou la maladie n'a pas fait l'objet d'examens pour la première fois; et/ou
- le problème physique ou pathologique, le symptôme ou la maladie n'a pas empiré; et/ou
- 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
- 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.

- 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.
- 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 aucune dépense ni aucun service ayant un lien direct ou indirect avec ce qui suit :

- Une 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 une manifestation ou le service dans les forces armées de n'importe quel pays.
- Un suicide, une tentative de suicide ou une blessure auto-infligée.
- a) Une grossesse normale; b) un 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.
- Tout enfant né pendant un voyage.
- Une voyage entrepris dans le but d'obtenir un traitement, des bilans de santé ou examens médicaux généraux ou une opération chirurgicale.
- Trouble, maladie, état ou symptôme d'ordre affectif, psychologique ou mental.
- Des soins médicaux ou chirurgicaux qui sont principalement de nature esthétique ou tout traitement de nature expérimentale.
- Toute maladie ou tout symptôme d'ordre médical ou physique 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.

- Tout acte pour lequel aucuns frais n'auraient été facturés en l'absence d'assurance.
- Une réadaptation, la continuation du traitement ou 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.
- Toute dépense engagée après la date à laquelle vous avez refusé une offre de rapatriement et/ou d'évacuation sanitaire.
- La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel par vous-même.
- 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, tomодensitogramme, 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.
- Le transfert médical d'urgence, à moins qu'il n'ait été préalablement organisé et approuvé par Medipac Assist.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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).
- Le traitement normal ou les soins normaux d'une affection existant avant la date d'entrée en vigueur de votre assurance ou tout bilan de santé général ou périodique.

Assureur :

Old Republic, Compagnie d'assurance du Canada

PAGE 1 de 2

23. Le VIH, le sida ou le para-sida.
24. Une greffe du cœur, d'un pousmon, du foie, d'un rein, du pancréas ou de la moelle osseuse.
25. Une *urgence médicale* survenue pendant un *voyage* couvert par l'Option annuelle pour lequel *vous* n'avez pas donné de preuve de date de départ.
26. 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. 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. Toute *urgence médicale* ayant lieu dans une ville, une région ou un pays qui faisait l'objet d'un avertissement du ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement du Canada (Affaires mondiales Canada) d'« éviter tout voyage non essentiel » ou d'« éviter tout voyage » avant la *date d'entrée en vigueur de votre assurance* ou la *date du début de votre voyage*. Cette exclusion ne s'applique pas aux avertissements aux voyageurs d'Affaires mondiales Canada liés à la COVID-19.
30. Une *urgence médicale* qui a lieu pendant un *voyage* où *vous* exercez les fonctions d'un emploi ou effectuez des activités bénévoles plus de 15 heures dans toute semaine, et/ou pendant un *voyage* d'affaires.

### 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 dépenses couvertes.

### 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.

4. La garantie est souscrite pour un *voyage* entrepris avant tout pour exercer les fonctions d'un emploi ou effectuer des activités bénévoles plus de 15 heures dans toute semaine, et/ou pour un *voyage* d'affaires.

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

5. *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.
6. *Vous* avez reçu un diagnostic de fibrose pulmonaire ou de pneumopathie interstitielle.
7. *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.
8. *Vous* avez subi un *traitement médical*, reçu une ordonnance, pris des médicaments ou reçu un diagnostic relativement à un cancer du pousmon, à un cancer métastatique ou à au moins deux (2) cancers (excepté les carcinomes basocellulaire et spinocellulaire).
9. *Vous* aviez des problèmes cardiaques et une fraction d'éjection de moins de 40 % ou une fonction ventriculaire de grade 3 ou 4.
10. *Vous* aviez un rétrécissement valvulaire modérément grave ou grave.
11. *Vous* aviez un anévrisme ou une artère dilatée d'une taille supérieure à 4,5 cm (diamètre ou largeur) pour lequel *vous* n'avez pas subi d'intervention chirurgicale.
12. *Vous* avez subi une chimiothérapie pour un cancer ou une/des tumeur(s) maligne(s).
13. *Vous* *vous* êtes fait implanter un stimulateur cardiaque, *vous* avez reçu un pontage coronarien ou avez subi une chirurgie à toute artère.
14. *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.
15. *Vous* avez subi un accident vasculaire cérébral (AVC), un accident ischémique transitoire (AIT) ou une mini-attaque.
16. *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 prednison ou du Solu-Medrol ou avez reçu une ordonnance à cet effet.
17. *Vous* avez utilisé un dispensateur d'oxygène à domicile ou reçu une ordonnance à cet effet pour quelque raison que ce soit.
18. *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 5 à 18 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 *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 *dépenses couvertes* 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 *dépenses couvertes*.

Si la *Compagnie* a engagé des dépenses en  *votre nom*, *vous* cédez irrévocablement  *votre* prime et toute prestation reçue d'un régime public d'assurance maladie à la *Compagnie*, si le montant de la prime est supérieur aux dépenses engagées par la *Compagnie*, la différence *vous* sera remboursée.

#### 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* devez fournir la preuve de ces dates si *vous* soumettez une réclamation.**

#### 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 n'avoir aucun trouble, maladie ni symptôme pour lequel une personne prudente demanderait un *traitement médical*. **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.

#### POLITIQUE DE REMBOURSEMENT

***Vous* pouvez annuler  *votre* police dans les 10 jours suivant la date de la souscription et bénéficier d'un remboursement intégral de la prime, pourvu que *vous* n'ayez pas commencé  *votre* voyage et qu'aucune réclamation ne soit en traitement.**

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. Les demandes de remboursement doivent être faites par écrit à partir du Canada soit par la poste ou par courriel. Toutes les demandes de remboursement doivent être signées et datées par chacun des demandeurs.
4. Les remboursements sont effectués selon le même mode de paiement utilisé pour la transaction originale.

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

**Un REMBOURSEMENT INTÉGRAL** seulement si, avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*, la police est annulée pour l'une des raisons suivantes :

- *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); ou
- *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 toute autre raison. Les primes de 50 \$ ou moins ne sont pas remboursables.

Tout **REMBOURSEMENT INTÉGRAL** du régime  *voyage* unique entraînera la résiliation de l'Option annuelle.

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

- *l'assuré* retourne au Canada avant la date de retour prévue et sa police comporte au moins 10 jours consécutifs non utilisés avant la date de retour prévue.
- Si la demande de remboursement est envoyée par courriel, *vous* devez fournir une preuve de  *votre* retour au Canada.
  - Si *vous* voyagez par avion, *vous* pouvez soumettre une carte d'embarquement ou un reçu d'enregistrement.
  - Si *vous* traversez la frontière par voie terrestre, la preuve de  *votre* retour doit inclure la date de  *votre* retour et une adresse canadienne (p. ex. un reçu d'achat d'essence par carte de crédit).
- Un remboursement au prorata sera calculé d'après la date du cachet postal de la demande écrite ou, dans le cas d'une demande par courriel, la date figurant sur la preuve de retour.
- 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  
ou envoyée par courriel à [service@medipac.com](mailto:service@medipac.com)**

#### Assureur :

Old Republic, Compagnie d'assurance du Canada

# D'excellentes raisons de souscrire le programme Medipac<sup>MD</sup>!

## Option de paiement en deux versements

Réglez votre prime en deux versements automatiques prélevés directement de votre compte bancaire. Payez 50 % de votre prime lors de la souscription, puis 50 % le mois suivant.  
Par chèque seulement et pour les voyages de plus de 40 jours.

## 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! Renseignez-vous sur nos taux à court terme à partir de la page 43.

## 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. *Détails à l'intérieur.*

## Couverture de la COVID-19

Nous savons que vous tenez à votre train de vie de snowbird. C'est pourquoi le régime Medipac comprend une couverture de la COVID-19 (assujettie aux conditions de la police). Et si vous devez ajuster vos dates de voyage parce que vos plans ont changé, aucuns frais d'administration ne seront exigés pour votre premier changement de date.



## Les régimes annuels Medipac

Épargnez temps et argent en greffant notre Option annuelle de 23 jours ou de 33 jours à votre régime principal. L'Option annuelle couvre tous les voyages allant jusqu'à 23 ou 33 jours. Elle offre aussi une couverture pour les voyages à l'intérieur du Canada allant jusqu'à 182 jours. *Détails 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.  
*Détails 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 7 importantes garanties supplémentaires. *Détails 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.  
*Détails à l'intérieur.*

## Assistance d'urgence à l'échelle mondiale

Les professionnels de la santé compétents de Medipac sont à votre disposition 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Medipac Assist est là pour vous informer, vous servir et vous conseiller lorsque vous voyagez à l'étranger. Lisez ce que nos clients satisfaits pensent de Medipac à la page 15.

## 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!

