

# 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.
- 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 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 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 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? Si vous partez en voyage avant ou après la date d'entrée 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

## 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 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. Remarque : 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 10 septembre 2021.**

Assureur : Old Republic, Compagnie d'assurance du Canada



# MEDIPAC

## DEMANDE D'ASSURANCE VOYAGE MÉDICALE D'URGENCE

RÉGIME LÈVE-TÔT 2021 - Doit être oblitéré par la poste au plus tard le 10 septembre

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<br>OUI NON | PROPOSANT 2<br>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 |
| 2                | Avez-vous reçu un diagnostic de fibrose pulmonaire ou de pneumopathie interstitielle?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2                      | <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 |
| 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 |
| 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 |
| 6                | AVEZ-vous un rétrécissement valvulaire modérément grave ou grave?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 6                      | <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 |
| 8                | Au cours des 6 MOIS précédant la date de la proposition :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                                                           |
| a                | avez-vous subi une chimiothérapie, une immunothérapie ou un traitement ciblé pour un cancer ou une/des tumeur(s) maligne(s)?                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 8a                     | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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                     | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 cardiaque ou d'un épisode d'insuffisance cardiaque congestive?                                                                | 9a                     | <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 |
| 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 |
| 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 |
| e                | avez-vous été hospitalisé en soins intensifs en raison de la COVID-19?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 9e                     | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| f                | 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? <b>Si le médicament est pris ou prescrit pour un problème seulement, répondez « non » à cette question.</b> Le terme « médicament » comprend tous les genres de nitroglycérine.                                                                 | 9f                     | <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 :<br>Jour : _____ Mois : _____ Année : _____                                                                               | Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> | Date de naissance :<br>Jour : _____ Mois : _____ Année : _____                                                                               |                                                          | Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> |               |
| Avez-vous reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                     |                                                               | Avez-vous reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19? 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"/> |                                                               | 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 : |
| Courriel :                                                                                                                                   |                                                               |                                                                                                                                              | Courriel :                                               |                                                               |               |
| Téléphone à la maison : ( )                                                                                                                  | Cellulaire : ( )                                              | Téléphone à la maison : ( )                                                                                                                  | Cellulaire : ( )                                         |                                                               |               |

| C. ÉTABLISSEMENT DU TARIF – Partie 1 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PROPOSANT 1<br>OUI NON | PROPOSANT 2<br>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 coronaire, ou encore le remplacement ou la réparation d'une valvule cardiaque)?                                    | 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 prednisone 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<br>OUI NON | PROPOSANT 2<br>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<br>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<br><input type="checkbox"/> Couverture familiale |                                     |  | Compagnie d'assurance :                                                                                                                                                             |  |                                   | <input type="checkbox"/> Couverture individuelle<br><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)                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                          |                                                                                                   |                                     |  |                                                                                                                                                                                     |  |                                   |                                                                                                   |                                          |  |                                                                                                       |  |                                   |  |                                |  |                                   |  |                                   |  |                                    |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                          |                                                                                                   |                                     |  |                                                                                                                                                                                     |  |                                   |                                                                                                   |                                          |  |                                                                                                       |  |                                   |  |                                |  |                                   |  |                                   |  |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Je souscris l'Option annuelle : <input type="checkbox"/> 23 jours <input type="checkbox"/> 33 jours                                                                                                                                                                                                                         |  |                                          |                                                                                                   |                                     |  | <input type="checkbox"/> Je souscris l'Option annuelle : <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. |  |                                          |                                                                                                   |                                     |  |                                                                                                                                                                                     |  |                                   |                                                                                                   |                                          |  |                                                                                                       |  |                                   |  |                                |  |                                   |  |                                   |  |                                    |  |
| MedipacMAX / MedipacPLUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                          |                                                                                                   |                                     |  |                                                                                                                                                                                     |  |                                   |                                                                                                   |                                          |  |                                                                                                       |  |                                   |  |                                |  |                                   |  |                                   |  |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Ajouter MedipacMAX <input type="checkbox"/> Ajouter MedipacPLUS                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                          |                                                                                                   |                                     |  | <input type="checkbox"/> Ajouter MedipacMAX <input type="checkbox"/> Ajouter 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 :                                                                |  |                                   |  |                                |  |                                   |  |                                   |  |                                    |  |
| MOINS réduction totale (y compris la réduction de 5 % pour le vaccin contre la COVID-19) ( _____ %) :                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                          |                                                                                                   |                                     |  | -                                                                                                                                                                                   |  |                                   |                                                                                                   |                                          |  | MOINS réduction totale (y compris la réduction de 5 % pour le vaccin contre la COVID-19) ( _____ %) : |  |                                   |  |                                |  | -                                 |  |                                   |  |                                    |  |
| 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 % 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 2 années précédant la date de la proposition :                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                          |                                                                                                   |                                     |  | +                                                                                                                                                                                   |  |                                   |                                                                                                   |                                          |  | AJOUTEZ 20 % si vous avez fumé la cigarette 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 l'adresse : <input type="checkbox"/> au Canada <input type="checkbox"/> à l'étranger                                                                                                                                                                                                                    |  |                                          |                                                                                                   |                                     |  |                                                                                                                                                                                     |  |                                   |                                                                                                   |                                          |  |                                                                                                       |  |                                   |  |                                |  |                                   |  |                                   |  |                                    |  |
| G. PAIEMENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                          |                                                                                                   |                                     |  |                                                                                                                                                                                     |  |                                   |                                                                                                   |                                          |  |                                                                                                       |  |                                   |  |                                |  |                                   |  |                                   |  |                                    |  |
| OPTION 1 : Paiement intégral<br>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.<br>Joignez un chèque annulé ou inscrivez les détails de votre carte de crédit à la section I.                            |  |                                   |                                                                                                   |                                          |  |                                                                                                       |  |                                   |  |                                |  |                                   |  |                                   |  |                                    |  |

| CET ENCADRÉ EST RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION |                                               |                             |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------|
| N° DE POLICE DU PROPOSANT 1                | VÉRIFIÉ PAR : _____<br><br>TRAITÉ PAR : _____ | N° DE POLICE DU PROPOSANT 2 |
| NOTES : _____<br>_____<br>_____<br>_____   |                                               |                             |

## 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 qu'**Old Republic, Compagnie d'assurance du Canada (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 la Compagnie, ses 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 (disponible dans le guide d'assurance voyage Medipac ou en ligne).

**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](http://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 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 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 1) qui n'étaient pas stables et contrôlés — y compris toute réaction à un changement de médicaments — dans les 90 jours précédant immédiatement la date demandée d'entrée en vigueur de l'assurance (ou toute date de début du voyage au titre de l'Option annuelle); ou 2) 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 immédiatement la date demandée d'entrée en vigueur de l'assurance (ou toute date de début du voyage au titre de l'Option annuelle); ou 3) pour lesquels on m'a recommandé un traitement et/ou des examens que je n'ai pas subis immédiatement 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 que la police contient d'autres exclusions (voir le libellé de la police dans le guide d'assurance voyage Medipac ou en ligne).

**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.

Advenant une demande de règlement, ma franchise (le cas échéant) sera imputée au numéro de carte de crédit inscrit. Si les dépenses sont inférieures à la franchise, un remboursement sera émis.

**DATEZ et SIGNEZ ci-dessous**

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du proposant 1

**Signature du proposant 1**

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du proposant 2

**Signature du proposant 2**

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

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

 **Date de la signature : Jour :** **Mois :** **Année :**

## I. OPTION DE PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT Les primes sont en dollars canadiens.

**Les primes sont en dollars canadiens.**

|                                   |                               |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Nom du titulaire<br>de la carte : | <input type="checkbox"/> Visa | <input type="checkbox"/> MasterCard |
|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|

☐ Visa ☐ MasterCard

N° de la carte :      Date d'expiration :  
Mois :                  Année :

Date d'expiration :

Mois : Année :