



# Assurance voyage Âge d'or

Demande d'adhésion pour 2022-2023 (recto)



Bureau d'Assurance Voyage Inc.

Souscrite par l'Industrielle Alliance, assurance et services financiers inc.

L'assurance est administrée par North American Air Travel Insurance Agents Ltd. f/a sous le nom commercial de TuGo<sup>MD</sup>, un courtier d'assurance autorisé dans toutes les provinces et tous les territoires. L'émetteur du contrat est l'Industrielle Alliance Assurance et services financiers inc. TuGo<sup>MD</sup> est une marque déposée appartenant à North American Air Travel Insurance Agents Ltd. f/a sous le nom commercial de TuGo<sup>MD</sup>.

1-844-500-2947

bureaudassurancevoyage.com

## Nom et adresse au Canada

## Numéro de téléphone au Canada

## Courriel

## Nom et no de téléphone en cas d'urgence

## Adresse à l'étranger

## Numéro de téléphone hors du pays

### Prénom et nom du demandeur

### Date de naissance et âge à la date de départ

### Date de départ

Date à laquelle vous quittez votre province ou votre territoire de résidence.

### Date d'effet

Date où l'assurance débute.

### Date d'expiration

Date où l'assurance prend fin.

### Nombre de jours requis

### Pointage médical et qualification au régime

Pour déterminer votre pointage médical, consulter les tableaux A et B au verso et calculer votre pointage.

Les traitements d'urgence liés à des affections médicales préexistantes seront couverts si, avant la date d'effet, les affections visées sont stables depuis:

- 90 jours dans le cas des régimes Zéro et 1;
- 180 jours dans le cas des régimes 2 et 3;
- 180 jours dans le cas des régimes 4 et 5.

**A) Option Multivoyage** Cocher  10 ou 30 jours et inscrire la prime indiquée dans le tableau de taux.

### B) Taux quotidien

Inscrire votre taux quotidien selon le tableau de taux.

**C) Prime à acquitter** Multiplier le nombre de jours requis par le taux quotidien et ajouter la prime de la case A (le cas échéant).

**D) Consommateurs de tabac** Ajouter 20 % si vous avez consommé du tabac au cours des trois dernières années.

### E) Option Stabilité 90 jours pour les régimes 2,3,4 ou 5

Ajouter 30 % (couverture limitée; voir les détails à la page 2 de la brochure).

**F) Franchises optionnelles** Si vous ne voulez pas être assujéti à la franchise de 250 \$ CAD, veuillez cocher  la case appropriée et ajuster le montant total à acquitter.

**MONTANT TOTAL** (moins tout dépôt ou ajustement pour une remise lève têt)  
(minimum de 20 \$ par demandeur)

\$ \_\_\_\_\_ + \$ \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_

Faire le chèque à l'ordre de **Bureau d'Assurance Voyage Inc.**

Si vous payez par Visa ou MasterCard, veuillez indiquer le numéro de carte

Cocher  si vous désirez que le montant soit porté à votre carte de crédit deux semaines avant votre départ.

Envoyer le reçu, la police et les cartes de portefeuille :

à l'adresse du domicile **OU**  par courriel.

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date d'expiration

Veuillez remplir le recto et le verso de la présente demande d'adhésion et : la **POSTER** au Bureau d'Assurance Voyage Inc., 151, rue Queen, Sherbrooke (QC) J1M 1J8 OU la **TÉLÉCOPIER** (recto-verso) sans frais au 1-855-858-6709 OU la **NUMÉRISER** (recto-verso) et l'**EXPÉDIER PAR COURRIEL** à info@bavqc.com

**TOUT RENSEIGNEMENT INEXACT PEUT ENTRAÎNER LE REFUL D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT.**

**Conditions d'admissibilité à l'assurance Âge d'or pour les demandeurs de 55 à 89 ans : Vous devez avoir 89 ans ou moins à la date d'effet, vous devez posséder une carte valide d'assurance maladie provinciale du gouvernement durant l'intégralité de votre voyage, et vous devez répondre aux questions suivantes :**

Demande d'adhésion (verso)

	<b>Demander 1</b>	<b>Demander 2</b>
1. Êtes-vous atteint d'une maladie terminale ou votre médecin vous a-t-il recommandé de ne pas voyager?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Avez-vous déjà eu des pontages coronariens et, le cas échéant, votre plus récent pontage coronarien a-t-il eu lieu plus de 12 ans avant votre date de départ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Au cours des 3 ans ayant précédé votre date de départ, avez-vous :		
a. reçu un diagnostic ou traitement (y compris la prise de médicaments) pour trois affections médicales ou plus énumérées au tableau A?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b. subi deux crises cardiaques, accidents vasculaires cérébraux (AVC) ou accidents ischémiques transitoires (AIT) ou plus?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c. subi deux chirurgies cardiaques ou plus (incluant l'angioplastie et la pose d'une endoprothèse)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d. reçu des traitements (y compris la prise de médicaments) pour l'insuffisance cardiaque congestive?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
e. souffert d'une insuffisance rénale de stade 3 ou plus?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
f. été atteint d'un cancer de stade III ou IV ou d'un cancer avec métastases?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Au cours des 12 mois ayant précédé votre date de départ, avez-vous :		
a. été hospitalisé pour l'une ou l'autre des affections énumérées au tableau A?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b. souffert d'une affection pulmonaire ayant nécessité de l'oxygène à domicile ou des comprimés de prednisone (à l'exception d'une seule utilisation de prednisone durant une période maximale de 14 jours)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c. subi des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie, ni de chirurgie pour le cancer (à l'exception de l'ablation de lésions de la peau autres que le mélanome malin)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Si vous avez répondu OUI à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, vous n'êtes PAS ADMISSIBLE à l'assurance.**

<b>Calcul du pointage médical : Pour chaque affection médicale ci-dessous, indiquer le nombre de points visé.</b>		<b>Demander 1</b>	<b>Demander 2</b>
<b>Tableau A</b>	<b>Marquer trois points</b> pour chaque affection médicale pour laquelle vous avez reçu un diagnostic ou des traitements (y compris la prise de médicaments) dans les 3 années qui ont précédé votre date de départ. (Ne considérez pas l'aspirine ou l'entrophène à titre de traitements.)	<b>Inscrire les points</b>	<b>Inscrire les points</b>
1.	problème cardiaque		
2.	tout problème pulmonaire (sauf une infection mineure) nécessitant des médicaments sur ordonnance (y compris les inhalateurs) à usage <b>quotidien</b>		
3.	hypertension artérielle nécessitant trois médicaments ou plus (y compris les diurétiques)		
4.	diabète traité à l'insuline		
5.	accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT)		
6.	caillots sanguins		
7.	maladie vasculaire périphérique		
8.	anévrisme		
9.	maladie d'Alzheimer ou démence		
10.	maladie de Parkinson		
11.	Votre dernier examen médical (physique) complet chez un médecin remonte-t-il à plus de trois ans? Si oui, marquez trois points.		
<b>Tableau B</b>	<b>Marquer un point</b> pour chaque affection médicale pour laquelle vous avez reçu un diagnostic ou des traitements (y compris la prise de médicaments) dans les 3 années qui ont précédé votre date de départ. (Ne considérez pas l'aspirine ou l'entrophène à titre de traitements.)	<b>Inscrire les points</b>	<b>Inscrire les points</b>
1.	tout problème pulmonaire (sauf une infection mineure) nécessitant des médicaments sur ordonnance (y compris les inhalateurs) à prendre <b>au besoin</b> (ne pas marquer un point si vous avez déjà marqué trois points pour le problème pulmonaire dans le tableau A)		
2.	diabète traité par des médicaments autres que l'insuline (ne pas marquer un point si vous avez déjà marqué trois points pour le diabète traité à l'insuline dans le tableau A)		
3.	hypertension artérielle nécessitant deux médicaments (y compris les diurétiques)		
4.	tout trouble de crises convulsives		
5.	cancer (à l'exception de l'ablation de lésions de la peau autres que le mélanome malin)		
6.	diverticulite/diverticulose ou syndrome du côlon irritable		
7.	maladie gastro-intestinal de tout ordre, affection, saignements, abcès ou infections (reflux acide exclus)		
8.	occlusion intestinale ou chirurgie de l'intestin		
9.	colite ulcéreuse ou maladie de Crohn		
10.	maladie ou trouble du foie (y compris stéatose hépatique) ou pancréatite		
11.	calculs rénaux ou maladie rénale		
12.	maladie de la vésicule biliaire ou calculs biliaires (à moins que vous ayez subi l'ablation de la vésicule biliaire)		
13.	évanouissements ou syncope ou obtention de traitements à la suite d'une chute		
<b>Pointage médical : Le total de vos points détermine la table de taux à utiliser.</b>		<b>Total</b>	

**Déclaration et Autorisation (Vous devez lire, signer et dater ce qui suit.)**

Je déclare que je réponds aux critères d'admissibilité de la table choisie. Les réponses que j'ai indiquées sont vraies, complètes et exactes. En cas d'incertitude quant à une réponse, j'ai communiqué avec mon médecin.

Je comprends que toute fausse déclaration ou toute omission de divulguer tout fait important peut entraîner la résiliation de la police, à la discrétion de l'assureur.

Je reconnais que j'ai la responsabilité de vérifier la police de m'approprier les garanties et les exclusions qu'elle comporte et d'en comprendre la portée.

Je suis conscient que si mon état de santé change avant ma date de départ, je devrai communiquer avec le Bureau d'Assurance Voyage Inc. pour déterminer les répercussions de ce changement sur ma protection d'assurance.

J'autorise la divulgation de mes renseignements personnels et de santé au cas où j'aurais une réclamation.

**X** Demander 1  
signature

Date

**X** Demander 2  
signature

Date