



**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+ ans : 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>Demandeur 1</b>	<b>Demandeur 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>Demandeur 1</b>	<b>Demandeur 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.	maladie ou trouble du foie (y compris stéatose hépatique) ou pancréatite		
12.	calculs rénaux ou maladie rénale		
<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, infections, ou maladie ulcéreuse (reflux acide exclu)		
8.	occlusion intestinale ou chirurgie de l'intestin		
9.	colite ulcéreuse ou maladie de Crohn		
10.	maladie de la vésicule biliaire ou calculs biliaires (à moins que vous ayez subi l'ablation de la vésicule biliaire)		
11.	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>	

**Requis:** Votre dernier examen médical (physique) complet chez un médecin remonte-t-il à plus de trois ans ?  Oui  Non  Oui  Non

**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** Demandeur 1 signature

Date

**X** Demandeur 2 signature

Date