



Adresse au Québec :

Ville : Province :
Code postal :

Nom du premier demandeur :

Date de naissance : Mois Jour Année Âge à la date de la demande :

Téléphone à domicile ou cellulaire :

Adresse électronique :

Adresse et numéro de téléphone à l'étranger :

Comment faire une demande de couverture

Adresse postale : 151, rue Queen, Sherbrooke QC J1M 1J8

Adresse électronique : info@bavqc.com

N° de téléphone : 1 844 500-2947

N° de télécopieur : 1 855 858-6709

Nom du deuxième demandeur :

Date de naissance : Mois Jour Année Âge à la date de la demande :

Téléphone à domicile ou cellulaire :

Adresse électronique :

Conditions d'admissibilité

Si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande, vous trouverez nos coordonnées à la page 4.

- Tous les demandeurs :** Vous devez être âgé(e) d'au moins 15 jours et de pas plus de 89 ans à la date de début de la couverture, être assuré(e) en vertu d'un régime d'assurance maladie d'un gouvernement provincial ou territorial pendant la période de couverture et répondre aux questions d'admissibilité ci-dessous.
 - Pour chacune des questions d'admissibilité ci-dessous, cochez « Oui » ou « Non ».
 - Ne comptez PAS l'aspirine ou l'entrophène comme *traitement* dans le cadre du questionnaire d'admissibilité.
 - Les définitions de tous les termes clés en italique se trouvent à la page 4 de la présente demande.
- Les candidats âgés de 15 jours à 55 ans :** Si vous répondez « Non » aux questions d'admissibilité ci-dessous, vous êtes admissible aux tarifs indiqués dans le Tableau 1.
- Demandeurs âgés de 56 à 89 ans :** Si vous répondez « Non » aux questions d'admissibilité ci-dessous, remplissez le questionnaire de score santé à la page 2.

IMPORTANT : Toute fausse déclaration relative à votre état de santé peut entraîner le non-paiement de votre réclamation.

		1 ^{er} demandeur	2 ^e demandeur
1. Votre <i>médecin</i> vous a-t-il conseillé de ne pas voyager ou avez-vous reçu un diagnostic de <i>maladie en phase terminale</i> ?	1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Avez-vous besoin d'aide pour vous habiller, pour manger, pour faire votre toilette, pour aller aux toilettes ou pour changer de position en raison d'une affection médicale chronique?	2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Êtes-vous atteint(e) de l'une des affections médicales suivantes? a) fibrose pulmonaire b) insuffisance cardiaque congestive c) maladie rénale nécessitant une dialyse d) anévrisme de plus de 4,5 cm de diamètre ou de largeur	3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Avez-vous déjà eu ou êtes en attente d'une greffe de cellules souches, de moelle osseuse, de cœur, de rein, de foie ou de poumon?	4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. Dans les 5 années précédant la date de votre demande, avez-vous eu un cancer métastatique ou plusieurs cancers (à l'exclusion du cancer de la peau des cellules basales ou des cellules squameuses ou du cancer du sein traités uniquement par l'hormonothérapie)?	5	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. Au cours des 12 mois précédant la date de votre demande : a) avez-vous reçu une ordonnance d'oxygène à domicile ou en avez-vous utilisé ou avez-vous pris de la prednisone pour une affection pulmonaire? b) avez-vous reçu un diagnostic de cancer, reçu des résultats positifs à une biopsie ou reçu une chimiothérapie, une radiothérapie, ou subi une chirurgie en raison d'un cancer (à l'exclusion d'un cancer de la peau à cellules basales ou squameuses)?	6	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7. Au cours des 12 mois précédant la date de votre demande, êtes-vous allé(e) à l' urgence ou avez-vous été admis(e) à l' hôpital en raison de l'un des événements suivants (à l'exclusion d'une surveillance de routine) : a) une affection cardiaque (à l'exclusion d'un changement de pile pour un stimulateur cardiaque)? b) un accident vasculaire cérébral ou mini-AVC (AIT)? c) une affection pulmonaire (à l'exclusion d'une pneumonie)? d) une affection rénale (à l'exclusion de calculs rénaux)?	7	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous répondez « Oui » à l'une des questions ci-dessus, vous n'êtes pas admissible à la couverture. Communiquez avec le Bureau d'Assurance Voyage Inc.

Si vous avez répondu « Non » à toutes les questions ci-dessus, remplissez le questionnaire médical à la page suivante.



- Instructions**
- Chaque fois que la réponse est « Oui », entrez le nombre requis de **points santé**.
 - Votre **score santé** détermine la table de tarification à utiliser.
 - Si vous obtenez **100 points ou plus**, vous n'êtes **pas** admissible à la couverture. Communiquez avec le **Bureau d'Assurance Voyage inc.**
 - Ne comptez PAS l'aspirine ou l'entrophène comme traitement dans le cadre du questionnaire médical.

IMPORTANT : Toute fausse déclaration relative à votre état de santé peut entraîner le non-paiement de votre réclamation.		1^{er} demandeur	2^e demandeur
1. Avez-vous déjà eu une maladie cardiaque, un anévrisme, un accident vasculaire cérébral ou un mini-AVC (AIT) ou une maladie vasculaire périphérique ou MVP (y compris une sténose de l'artère carotide)?	1	Oui=10	
2. Au cours des 3 années précédant la date de votre demande, avez-vous reçu un diagnostic pour l'une des affections médicales suivantes ou reçu une ordonnance pour un médicament, reçu un <i>traitement</i> , ou a subi une intervention chirurgicale pour l'une de celles-ci?			
a) diabète nécessitant de l'insuline	2a	Oui=50	
b) diabète nécessitant des médicaments oraux	2b	Oui=25	
c) affection cardiaque (y compris l'utilisation d'un stimulateur cardiaque et/ou d'un défibrillateur)	2c	Oui=40	
d) maladie d'Alzheimer ou démence	2d	Oui=30	
e) anévrisme de 4,5 cm ou moins de diamètre ou de largeur	2e	Oui=30	
f) un(e) ou plusieurs des maladies et troubles de l'intestin suivants : • maladie de Crohn • colite • diverticulite • occlusion intestinale • saignement gastro-intestinal • syndrome du côlon irritable (SCI)	2f	Oui=30	
g) cancer (à l'exclusion du cancer de la peau des cellules basales ou des cellules squameuses ou du cancer du sein traité uniquement par hormonothérapie)	2g	Oui=30	
h) cirrhose du foie	2h	Oui=30	
i) hypertension artérielle nécessitant 3 médicaments ou plus (y compris n'importe quel diurétique)	2i	Oui=30	
j) hypertension artérielle nécessitant seulement 2 médicaments (y compris n'importe quel diurétique)	2j	Oui=5	
k) une affection pulmonaire (à l'exclusion d'une pneumonie et d'une <i>affection bénigne</i>)	2k	Oui=30	
l) sclérose en plaques	2l	Oui=30	
m) pancréatite	2m	Oui=30	
n) maladie vasculaire périphérique ou MVP (y compris une sténose de l'artère carotide)	2n	Oui=30	
O) accident vasculaire cérébral ou mini-AVC (AIT)	2o	Oui=30	
p) maladie de Parkinson	2p	Oui=25	
q) caillot de sang	2q	Oui=20	
r) enflure des jambes ou des chevilles nécessitant Lasix ou du furosémide	2r	Oui=10	
s) maladie du sang	2s	Oui=10	
t) maladie de la vésicule biliaire ou calculs biliaires (à moins que la vésicule biliaire n'ait été enlevée)	2t	Oui=10	
u) affection rénale (à l'exclusion des calculs rénaux)	2u	Oui=10	
v) épilepsie	2v	Oui=5	
w) Un ou plusieurs des troubles auto-immuns suivants : • lupus • polyarthrite rhumatoïde • Vasculite • maladie d'Addison • syndrome de Guillain-Barré	2w	Oui=5	
3. Les situations suivantes se sont-elles présentées au cours des 12 mois précédant la date de votre demande?			
a) La prise de prednisone	3a	Oui=10	
b) Une pneumonie	3b	Oui=5	
c) Deux infections urinaires ou plus	3c	Oui=5	
d) Une consultation médicale pour recevoir un <i>traitement</i> en raison d'une chute	3d	Oui=10	
e) Une consultation médicale pour recevoir un <i>traitement</i> en raison d'étourdissements, d'évanouissements ou de crise d'épilepsie	3e	Oui=5	
f) La recommandation d'utiliser, ou avoir utilisé, une canne, une marchette, ou un fauteuil roulant	3f	Oui=5	
4. Au cours des 3 années précédant la date de votre demande, avez-vous utilisé des produits du tabac?	4	Oui=5	
5. Votre dernier <i>bilan de santé</i> a-t-il eu lieu avant le 1^{er} janvier 2019 ?	5	Oui=5	
SCORE SANTÉ TOTAL : Additionnez vos points (si vous n'avez aucun point, entrez 0.)		SCORE SANTÉ	

Si votre score santé est	Vous êtes admissible à la table de tarification	Vos conditions de santé préexistantes sont couvertes si elles sont <i>stables</i> :
0 point	1	90 jours avant le début de votre couverture
1-9 points	2	90 jours avant le début de votre couverture
10-29 points	3	90 jours avant le début de votre couverture
30-99 points	4	90 jours avant le début de votre couverture
100 points ou plus	Vous n'êtes pas admissible à la couverture. Veuillez communiquer avec nous.	

Page 3 de la demande - Calcul de la prime

- A)** Votre date de départ du Canada (la couverture entre en vigueur à 12 h 01) :
- B)** La date à laquelle vous souhaitez que la couverture entre en vigueur : (s'il s'agit d'une couverture complémentaire, celle-ci entre en vigueur à 12 h 01.)
- C)** La date d'expiration de la couverture : (la couverture se termine à 23 h 59.)
- D)** Nombre de jours requis pour un seul voyage, durée de la prolongation d'un régime annuel, ou de la prolongation d'une autre couverture :
- E)** Tableau de tarifs utilisé (cochez une case) :
 • Les candidats âgés de 15 jours à 55 ans sont admissibles au tableau de tarifs 1.
 • Les candidats âgés de 56 à 89 ans doivent remplir le questionnaire sur le score santé à la page 2 afin de déterminer quel tableau de tarifs utiliser.
 (Les primes sont basées sur votre âge lorsque vous faites une demande de couverture.)
- F)** Option : Si vous achetez un régime annuel, cochez une case : (n'est pas offert comme complément d'une autre couverture.)
- G)** Option : Entrez le tarif de votre régime annuel comme indiqué dans la brochure (Avant le rabais) :
- H)** Entrez le tarif quotidien comme indiqué dans la brochure (Avant le rabais) :
- I)** Multipliez le nombre de jours requis par votre tarif quotidien (cases D x H) :
- J)** Sous-total : Additionnez les cases G et I :
- K)** Utilisateurs de tabac : Ajoutez 20 % si vous avez utilisé des produits du tabac au cours des 3 années précédant la date de votre demande :
- L)** Option : Une franchise de 99 USD s'applique. Si vous voulez modifier la franchise, cochez une case et ajustez la prime due :

Toutes les franchises sont en dollars américains.

- M)** Sous-total : La case J (inclure les ajustements des cases K et L s'il y a lieu) :
- N)** Offre leve-tot:
 Demandeurs âgés de 0 à 75 ans : Calculez 20 % de rabais du montant de la case M
 Demandeurs âgés de 76 à 79 ans : Calculez 25 % de rabais du montant de la case M
- O)** PRIME DUE : Moins tout acompte versé. (La prime minimale par personne est de 20 CAD)

1 ^{er} demandeur			2 ^e demandeur			
A)	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
B)	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
C)	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
D)				jours		
E)	<input type="checkbox"/> Barème de prime 1 <input type="checkbox"/> Barème de prime 2 <input type="checkbox"/> Barème de prime 3 <input type="checkbox"/> Barème de prime 4			<input type="checkbox"/> Barème de prime 1 <input type="checkbox"/> Barème de prime 2 <input type="checkbox"/> Barème de prime 3 <input type="checkbox"/> Barème de prime 4		
F)	<input type="checkbox"/> 5 jours <input type="checkbox"/> 15 jours <input type="checkbox"/> 25 jours <input type="checkbox"/> 35 jours			<input type="checkbox"/> 5 jours <input type="checkbox"/> 15 jours <input type="checkbox"/> 25 jours <input type="checkbox"/> 35 jours		
G)	\$			\$		
H)	\$ par jour			\$ par jour		
I)	\$			\$		
J)	\$			\$		
K)	\$			\$		
L)	<input type="checkbox"/> 0 \$ (+10 %) <input type="checkbox"/> 250 \$ (-5 %) <input type="checkbox"/> 500 \$ (-10 %) <input type="checkbox"/> 1 000 \$ (-15 %) <input type="checkbox"/> 5 000 \$ (-35 %) <input type="checkbox"/> 10 000 \$ (-50 %)			<input type="checkbox"/> 0 \$ (+10 %) <input type="checkbox"/> 250 \$ (-5 %) <input type="checkbox"/> 500 \$ (-10 %) <input type="checkbox"/> 1 000 \$ (-15 %) <input type="checkbox"/> 5 000 \$ (-35 %) <input type="checkbox"/> 10 000 \$ (-50 %)		
M)	\$			\$		
N)	\$			\$		
O)				\$		

Déclaration et Autorisation

Veillez lire, signer, et apposer la date ci-dessous.

- Les réponses que j'ai fournies sont véridiques et exactes. En cas de doute, j'ai consulté mon médecin.
- Je comprends que si mon état de santé venait à changer avant le voyage, je devrai contacter le Bureau d'Assurance Voyage inc. pour l'en informer.
- Je comprends que je dois lire la police avant de voyager parce que ma couverture peut être assujettie à certaines limitations et exclusions, y compris les exclusions relatives à des conditions médicales préexistantes.
- J'autorise la divulgation de mes renseignements personnels et concernant ma santé et je comprends que je dois lire l'avis concernant la confidentialité et la vie privée à la page 4 de la police.

X

Signature du premier demandeur

Date

X

Signature du deuxième demandeur

Date

Envoyez la police, le reçu et les cartes portefeuille à : Adresse à domicile Courriel

Option de paiement 1 : Veuillez libeller votre chèque au nom de : **Bureau d'Assurance Voyage Inc.**

Option de paiement 2 : Visa ou MasterCard : No de carte :

_____ - _____ - _____ - _____

Expiration

____/____

Cochez ici si vous préférez que votre carte de crédit soit débitée 2 semaines avant votre date de départ.

Page 4 de la demande - Définitions des termes clés utilisés dans cette demande

(Les termes définis sont en italique dans la demande et dans la politique .)

Affection bénigne signifie une affection, une maladie ou une blessure qui guérit plus de 30 jours avant la date d'entrée en vigueur de la couverture, comme indiqué dans la confirmation de couverture; c'est une maladie qui ne nécessite pas :

- de *traitement* pendant plus de 15 jours consécutifs; ou
- plus d'une visite de suivi chez un *médecin*; ou
- d'hospitalisation, de chirurgie ou d'aiguillage vers un spécialiste.

Bilan de santé signifie une consultation périodique avec un *médecin* prévue à l'avance dans le but d'une surveillance générale de la santé qui peut inclure des tests médicaux courants et qui n'a aucun lien avec les symptômes, les affections ou les maladies.

Médecin est une personne qui n'est pas vous ni un membre de votre famille immédiate ni votre compagnon de voyage, qui est autorisée à exercer sa profession là où elle offre des services, à prescrire et à administrer un traitement médical.

Stable décrit toute affection médicale ou apparentée pour laquelle il n'y a eu :

- aucun *traitement*; et
- aucune modification en ce qui concerne le *traitement* ou la fréquence ou de type de *traitement*; et
- aucun signe ou symptôme ou nouveau diagnostic; et
- aucun résultat à des tests démontrant une détérioration; et
- aucune hospitalisation; et
- aucun aiguillage vers un spécialiste (fait ou recommandé) et vous n'attendez pas les résultats d'autres analyses effectuées par un professionnel de la santé.

Sont considérés comme stables :

- les ajustements courants des doses d'insuline, de Coumadin ou de la warfarine tant que l'insuline, le Coumadin ou la warfarine n'est pas prescrit pour la première fois dans les 90 jours précédant la date d'entrée en vigueur de la couverture comme indiqué sur la confirmation de couverture et, si vous souscrivez une couverture annuelle multi-voyages, dans les 90 jours précédant chaque voyage distinct à compter de votre départ de votre province ou territoire de résidence.
- le passage d'un médicament de marque à un médicament générique à condition que le médicament n'ait pas été prescrit dans les 90 jours précédant la date d'entrée en vigueur de la couverture, comme le montre la confirmation de couverture et, si vous souscrivez une couverture annuelle multi-voyages, dans les 90 jours précédant chaque voyage distinct à compter de votre départ de votre province ou territoire de résidence.
- Une *maladie bénigne*.

Maladie en phase terminale désigne une condition médicale pour laquelle un *médecin* estime que vous avez moins de 24 mois à vivre ou vous avez reçu des soins palliatifs avant la date d'entrée en vigueur de la couverture.

Traitement désigne une intervention médicale, thérapeutique ou diagnostique prescrite, effectuée ou recommandée par un *médecin*, y compris, sans s'y limiter, les médicaments prescrits, les analyses entraînant le diagnostic d'une affection médicale précise ou une intervention chirurgicale.

Avis concernant la confidentialité et la vie privée

En soumettant des renseignements personnels, y compris, mais sans s'y limiter, votre nom, votre adresse, votre date de naissance et des renseignements médicaux à Zurich Insurance Company Ltd et à ses sociétés affiliées (collectivement nommés « Zurich ») et à ses représentants autorisés dans le respect de la confidentialité accordée aux personnes qui fournissent des renseignements personnels dans le cadre de cette demande, vous reconnaissez et confirmez que vous avez consenti ou, le cas échéant, avez obtenu, et conservez le consentement d'autres demandeurs nommés dans cette demande à la collecte, au stockage, à l'utilisation et à la divulgation de leurs renseignements personnels aux fins de la sécurisation et de l'administration de cette ou ces couverture(s) d'assurance(s). Les renseignements personnels sont traités et stockés par Zurich et ses sociétés affiliées et les représentants autorisés dans les juridictions nationales et étrangères. Veuillez contacter le responsable de la confidentialité de Zurich si vous souhaitez obtenir de plus ample information concernant la collecte, l'utilisation, la divulgation, le traitement et le stockage de vos renseignements personnels par courriel à la vie privée. [zurich.canada-zurich.com](https://www.zurichcanada.com/fr/about-zurich/privacy-statement) ou vous pouvez consulter notre énoncé de confidentialité à <https://www.zurichcanada.com/fr/about-zurich/privacy-statement>.

Vous pouvez refuser de consentir ou retirer votre consentement à la collecte, au stockage, à l'utilisation ou à la divulgation de renseignements personnels; toutefois, un tel refus pourrait faire en sorte que Zurich ne soit pas en mesure d'offrir et d'administrer une couverture d'assurance ou pourrait empêcher Zurich de verser les prestations liées à une réclamation.

Zurich s'engage à respecter la vie privée de ses assurés et la confidentialité des renseignements qui lui sont fournis. Votre dossier sécurisé est conservé dans nos bureaux ou dans ceux de notre administrateur, agent ou représentant autorisé. Vous pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et à y apporter des corrections en écrivant à : Agent de protection de la vie privée, Zurich Insurance Company Ltd (Canadian Branch), 100, rue King Ouest, local 5500, C.P. 290, Toronto, ON M5X 1C9.



Bureau d'Assurance Voyage Inc.

Heures de bureau : Du lundi au vendredi de 9 h à 17 h

En raison de la COVID-19, nos bureaux sont ouverts au public uniquement sur rendez-vous.
Pour veiller à la sécurité de nos agents, vous devrez porter un masque.

Téléphone 1 844 500-2947

Bureau d'Assurance Voyage Inc.

Télécopieur : 1 855 858-6709

151, rue Queen

Adresse électronique : info@bavqc.com

Sherbrooke QC J1M 1J8

bureaudassurancevoyage.com