



Souscrite par Zurich Compagnie d'Assurances SA (succursale canadienne)  
Zurich Travel Assist est le nom des services administratifs et d'évaluation des demandes de réclamation de Zurich pour votre police.  
Zurich a nommé protection mondiale de voyage Canada inc. à titre d'administrateur de Zurich Travel Assist.

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 » à toutes les 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 <sup>er</sup> demandeur	2 <sup>e</sup> demandeur
1.	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.	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.	3. Êtes-vous atteint(e) de <b>l'une</b> 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.	4. Avez-vous <b>déjà eu ou êtes en attente</b> 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.	5. Dans les <b>5 années</b> précédant la date de votre demande, avez-vous eu un cancer métastatique <b>ou plusieurs</b> 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.	6. Au cours des <b>12 mois</b> 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 prednisonne 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.	7. Au cours des <b>12 mois</b> précédant la date de votre demande, êtes-vous allé(e) à <b>l'urgence</b> ou avez-vous été admis(e) à <b>l'hôpital</b> 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 (AVC) ou un mini-AVC ou un accident ischémique transitoire (AIT)? c) une affection respiratoire (y compris la 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.

<b>IMPORTANT : Toute fausse déclaration relative à votre état de santé peut entraîner le non-paiement de votre réclamation.</b>			<b>1<sup>er</sup> demandeur</b>	<b>2<sup>e</sup> demandeur</b>
1. Au cours des <b>3 années</b> 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 traitement, ou a subi une intervention chirurgicale pour l'une de celles-ci?				
a) diabète nécessitant de l'insuline	1a	Oui=50		
b) diabète qui nécessite la prise de médicaments, à part l'insuline	1b	Oui=25		
c) tout problème cardiaque	1c	Oui=40		
d) maladie d'Alzheimer ou démence	1d	Oui=30		
e) anévrisme de 4,5 cm ou moins de diamètre ou de largeur	1e	Oui=30		
f) <b>un(e) ou plusieurs</b> des maladies et troubles de l'intestin suivants : • maladie de Crohn      • colite      • diverticulite • occlusion intestinale      • saignement gastro-intestinal      • syndrome du côlon irritable (SCI)	1f	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)	1g	Oui=25		
h) une affection hépatique (y compris la stéatose hépatique)	1h	Oui=30		
i) hypertension artérielle nécessitant <b>3 médicaments ou plus</b> (y compris n'importe quel diurétique)	1i	Oui=30		
j) hypertension artérielle nécessitant <b>seulement 2</b> médicaments (y compris n'importe quel diurétique)	1j	Oui=5		
k) Toute affection respiratoire (y compris la pneumonie et l'utilisation d'un inhalateur, sauf dans le cas d'affectation mineure)	1k	Oui=30		
l) sclérose en plaques	1l	Oui=30		
m) pancréatite	1m	Oui=25		
n) maladie vasculaire périphérique ou MVP (y compris une sténose de l'artère carotide)	1n	Oui=30		
o) accident vasculaire cérébral ou mini-AVC ou un accident ischémique transitoire (AIT)?	1o	Oui=30		
p) maladie de Parkinson	1p	Oui=25		
q) caillot de sang	1q	Oui=20		
r) enflure des jambes ou des chevilles nécessitant Lasix ou du furosémide	1r	Oui=10		
s) maladie du sang	1s	Oui=10		
t) maladie de la vésicule biliaire ou calculs biliaires (à moins que la vésicule biliaire n'ait été enlevée)	1t	Oui=10		
u) des problèmes rénaux (y compris un calcul rénal)	1u	Oui=10		
v) épilepsie	1v	Oui=5		
2. Avez-vous <b>déjà</b> eu une maladie cardiaque, un anévrisme, un accident vasculaire cérébral ou un mini-AVC ou un accident ischémique transitoire (AIT) ou une maladie vasculaire périphérique ou MVP (y compris une sténose de l'artère carotide)?	2	Oui=10		
3. Les situations suivantes se sont-elles présentées au cours des <b>12 mois</b> précédant la date de votre demande?				
a) La prise de prednisone	3a	Oui=10		
b) <b>Deux</b> infections urinaires <b>ou plus</b>	3b	Oui=5		
c) Une consultation médicale pour recevoir un <i>traitement</i> en raison d'une chute	3c	Oui=10		
d) Une consultation médicale pour recevoir un <i>traitement</i> en raison d'étourdissements, d'évanouissements ou de crise d'épilepsie	3d	Oui=5		
e) Être conseillé d'utiliser une canne, une marchette ou un fauteuil roulant, en raison de son <b>état de santé</b>	3e	Oui=5		
4. Au cours des <b>3 années</b> précédant la date de votre demande, avez-vous utilisé des produits du tabac?	4	Oui=5		
5. Votre dernier <i>bilan de santé</i> date-t-il de <b>plus de deux ans</b> de la date de votre demande d'adhésion?	5	Oui=5		
<b>SCORE SANTÉ TOTAL : Additionnez vos points (si vous n'avez aucun point, entrez 0.)</b>			<b>SCORE SANTÉ</b>	<input type="text"/>

Si votre score santé est	Vous êtes admissible à la table de tarification	Vos conditions de santé préexistantes sont couvertes si elles sont stables :
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, de la prolongation d'un régime annuel, ou de la prolongation d'une autre couverture :
- E)** Table de tarification utilisée (cochez  une case) :
- Les candidats âgés de 15 jours à 55 ans sont admissibles à la table de tarification 1.
  - Les candidats âgés de 56 à 89 ans doivent remplir le questionnaire sur le score santé à la page 2 afin de déterminer quelle table de tarification utiliser. (Les primes sont basées sur votre âge lorsque vous faites une demande de couverture.)
- F)** Option : Si vous souscrivez 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 il est indiqué dans la brochure (Avant le rabais) :
- H)** Entrez le tarif quotidien comme il est 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 \$ US s'applique. Si vous voulez modifier la franchise, cochez  une case et ajustez la prime exigible :
- 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)** Déduire les offres promotionnelles
- O)** PRIME EXIGIBLE : Moins tout acompte versé. (La prime minimale par personne est de 20 \$ CA.)

1 <sup>er</sup> demandeur			2 <sup>e</sup> demandeur			
A)	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
B)	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
C)	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
D)	jours			jours		
E)	<input type="checkbox"/> Table de tarification 1 <input type="checkbox"/> Table de tarification 2 <input type="checkbox"/> Table de tarification 3 <input type="checkbox"/> Table de tarification 4			<input type="checkbox"/> Table de tarification 1 <input type="checkbox"/> Table de tarification 2 <input type="checkbox"/> Table de tarification 3 <input type="checkbox"/> Table de tarification 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.

- Je reconnais qu'il m'incombe d'être informé de tous mes problèmes de santé et que les réponses fournies sont véridiques et exactes. Je confirme qu'en cas d'incertitude, j'ai consulté mon médecin afin de fournir la bonne réponse.
- Je comprends que toute fausse déclaration ou défaut de divulguer un fait substantiel dans ma demande rendrait nulle ou annulable la police d'assurance et entraînerait le non-paiement de toute réclamation.
- Je comprends que si mon état de santé venait à changer la date d'entrée en vigueur de la couverture, 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.
- Je confirme avoir lu l'Avis de consentement et confidentialité, à la page 4 et dans la politique, et j'autorise la divulgation des renseignements personnels et médicaux.

X

Signature du premier demandeur

Date

X

Signature du deuxième demandeur

Date

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

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

Expiration

Option de paiement 2 : Visa ou MasterCard : N° de carte :

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 peuvent apparaître dans la politique.)

**Affection bénigne** désigne une affection, une maladie ou une blessure qui a cessé plus de 30 jours avant la date d'entrée en vigueur de la couverture, comme il est indiqué dans la confirmation de couverture, et 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.

**Un bilan de santé** désigne est une consultation périodique avec un médecin, en personne ou virtuellement; celle-ci est prévue et a pour but de surveiller votre santé générale, ce qui pourrait inclure des tests médicaux courants qui ne sont pas reliés à des symptômes précis, à une maladie, à une affection ou à une maladie précise.

**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.

**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** 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 il est indiqué sur la confirmation de couverture et, si vous souscrivez une couverture annuelle pour plusieurs voyages, dans les 90 jours précédant chaque voyage distinct à compter de la date 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 votre confirmation de couverture et, si vous souscrivez une couverture annuelle pour plusieurs voyages, dans les 90 jours précédant chaque voyage distinct à compter de la date de votre départ de votre province ou territoire de résidence.
- Une *maladie bénigne*.

**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 de consentement et confidentialité

En soumettant les renseignements demandés, qui peuvent comprendre sans s'y limiter, votre nom, adresse, date de naissance, numéro de permis de conduire, dossier de conducteur, historique de police d'assurance automobile et de réclamations, ainsi que vos renseignements médicaux et renseignements financiers, vous donnez votre consentement à Zurich Insurance Company Ltd, ses filiales et ses sociétés affiliées dans votre pays de résidence ou à l'étranger (collectivement appelés « Zurich ») de recueillir, conserver, utiliser, divulguer et traiter vos renseignements personnels si nécessaire afin d'obtenir et de gérer la couverture d'assurance demandée. Ceci comprend, sans s'y limiter, l'évaluation de risque, l'exécution de la politique, la fixation de prime, la perception des primes, le règlement des réclamations, la prévention de la fraude, l'administration et l'investigation, ainsi que la détection, la suppression et l'évaluation statistique. Vous donnez également votre consentement à Zurich de divulguer vos renseignements personnels aux tiers, si nécessaire pour et en lien avec les fins citées ci-dessus. Ceci comprend des réassureurs, des administrateurs tiers, des courtiers, des agents, des experts en estimation de réclamations, des organismes réglementaires ou d'autres organismes publics ou gouvernementales, des autorités fiscales, des associations industrielles, des autres assureurs et d'autres tiers impliquer dans la provision des services assurance (« Tiers »).

Si votre politique est organisé par un courtier ou un agent, vous autorisez Zurich à recueillir, conserver, utiliser, divulguer et traiter les renseignements personnels reçus de l'agent ou du courtier en lien avec les fins citées ci-dessus. En outre, en fournissant des renseignements relatifs à un tiers, qui peuvent comprendre sans s'y limiter, un membre de la famille, un directeur, un agent, un employé ou toute partie ayant un intérêt dans ou bénéficiant de la politique, vous déclarez et garantissez avoir obtenu le consentement du tiers à divulguer leurs renseignements personnels à Zurich et à Zurich d'utiliser et divulguer de tels renseignements aux fins citées ci-dessus.

Zurich s'est engagée à protéger la confidentialité et la sécurité des renseignements fournis. Vos renseignements personnels pourraient être traités par et conservés de façon sécuritaire dans les bureaux de Zurich et les tiers autorisés, situés au Canada et à l'étranger et assujettis aux lois en vigueur.

Zurich pourrait conserver vos renseignements personnels dans la mesure où cela est nécessaire aux fins citées ci-dessus ou afin de conformer aux obligations légales de Zurich, de résoudre des litiges et d'exécuter les ententes de Zurich.

Vous pouvez demander de vérifier les renseignements personnels que Zurich conserve dans votre dossier et apporter des modifications en écrivant au : Agent de la protection de la vie privée, Zurich Insurance Company Ltd (succursale canadienne), 100, rue King Ouest, bureau 5500, C.P. 290, Toronto, ON M5X 1C9 ou en envoyant un courriel au [privacy.zurich.canada@zurich.com](mailto:privacy.zurich.canada@zurich.com).

Vous pouvez refuser ou retirer votre consentement à la collecte, à la conservation, à l'utilisation, à la divulgation ou au traitement de vos renseignements personnels. Un tel refus pourrait toutefois nuire à la capacité de Zurich d'offrir et gérer votre couverture d'assurance ou prévenir à Zurich d'indemniser toute réclamation exigible en vertu de votre politique.

Si vous avez besoin de plus amples renseignements concernant la collecte, la conservation, l'utilisation, la divulgation et le traitement de vos renseignements personnels ou si vous avez des plaintes à formuler, veuillez communiquer avec l'Agent de la protection de la vie privée de Zurich au [privacy.zurich.canada@zurich.com](mailto:privacy.zurich.canada@zurich.com). Vous pouvez également lire notre Politique en matière de confidentialité au <https://www.zurichcanada.com/fr-ca/about-zurich/privacy-statement>.



## Bureau d'Assurance Voyage Inc.

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

Téléphone ..... 1 844 500-2947

Télécopieur : ..... 1 855 858-6709

Adresse électronique : .....[info@bavqc.com](mailto:info@bavqc.com)

Bureau d'Assurance Voyage Inc.

151, rue Queen

Sherbrooke QC J1M 1J8

[bureaudassurancevoyage.com](http://bureaudassurancevoyage.com)