

Nom et Adresse au Québec :

Comment faire une demande de couverture

En ligne à l'adresse :

bureaudassurancevoyage.com

Appelez-nous au : 1 844 500-2947

Numérisez et faire parvenir par courriel à :

info@bavqc.com

Nom du premier demandeur :

Nom du deuxième demandeur :

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

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

Téléphone à domicile ou cellulaire :

Téléphone à domicile ou cellulaire :

Adresse électronique :

Adresse électronique :

Adresse et numéro de téléphone à l'étranger :

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 d'au moins 15 jours et de pas plus de 89 ans à la date de début de la couverture, être assuré 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 59 ans** : Si vous répondez « Non » aux questions d'admissibilité ci-dessous, vous êtes admissible aux tarifs indiqués dans le Tableau 1.
- Demandeurs âgés de 60 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 ^{er} demandeur	2 ^e demandeur
1. Votre médecin vous a-t-il conseillé de ne pas voyager ou avez-vous reçu un diagnostic de <i>maladie en phase terminale</i> ?	1	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ 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'un <i>problème de santé</i> chronique?	2	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
3. Êtes-vous atteint(e) de l'un des <i>problèmes de santé</i> suivants? 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	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ 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	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ 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	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ 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	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
7. Au cours des 12 mois précédant la date de votre demande, avez-vous été admis 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 (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	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ 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 sur le score santé 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. Au cours des **3 années** précédant la date de votre demande, avez-vous reçu un diagnostic, ou reçu une ordonnance pour un médicament, reçu un *traitement*, ou a subi une intervention chirurgicale pour l'une des affections suivantes?

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) 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)	1f	Oui=30		
g) cirrhose du foie	1g	Oui=30		
h) hypertension artérielle nécessitant 3 médicaments ou plus (y compris n'importe quel diurétique)	1h	Oui=30		
i) Toute affection respiratoire (y compris l'utilisation d'un inhalateur, sont exclus la pneumonie et les cas d' <i>affection bénigne</i>).	1i	Oui=30		
j) sclérose en plaques	1j	Oui=30		
k) pancréatite	1k	Oui=25		
l) maladie vasculaire périphérique ou MVP (y compris une sténose de l'artère carotide)	1l	Oui=30		
m) accident vasculaire cérébral ou mini-AVC ou un accident ischémique transitoire (AIT)?	1m	Oui=30		
n) maladie de Parkinson	1n	Oui=25		
o) caillot de sang	1o	Oui=20		
p) maladie du sang	1p	Oui=5		
q) maladie de la vésicule biliaire ou calculs biliaires (à moins que la vésicule biliaire n'ait été enlevée)	1q	Oui=10		
r) Affection rénale (à l'exclusion des calculs rénaux)	1r	Oui=10		
s) épilepsie ou de crise d'épilepsie	1s	Oui=5		
t) 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)	1t	Oui=5		

2. Avez-vous **déjà** 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) (à l'exception d'un souffle cardiaque qui n'existe plus à l'âge adulte ou qui nécessite une surveillance ou un *traitement* continu)?

2 Oui=10

3. Les situations suivantes se sont-elles présentées au cours des **12 mois** précédant la date de votre demande?

a) Pris du Lasix ou du Furosémide pour les jambes ou les chevilles enflées	3a	Oui=10		
b) Une consultation médicale pour recevoir un <i>traitement</i> en raison d'étourdissements ou évanouissement	3b	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 stables :
0 points	1	90 jours avant votre <i>date d'effet</i>
1-9 points	2	90 jours avant votre <i>date d'effet</i>
10-29 points	3	90 jours avant votre <i>date d'effet</i>
30-99 points	4	90 jours avant votre <i>date d'effet</i>
100 points or more	Vous <u>n'êtes pas</u> 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 00 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 00 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 59 ans sont admissibles à la table de tarification 1.
- Les candidats âgés de 60 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 :

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 toute offre promotionnelle de la case M

O) PRIME EXIGIBLE : Moins tout acompte versé. (La prime minimale par personne est de 20 \$ CA.)

1^{er} demandeur

2^e demandeur

A) Jour Mois Année

B) Jour Mois Année

C) Jour Mois Année

D) jours

E) ☐ Table de tarification 1
☐ Table de tarification 2
☐ Table de tarification 3
☐ Table de tarification 4

F) ☐ 5 jours ☐ 15 jours
☐ 25 jours ☐ 35 jours

G) \$

H) \$ par jour

I) \$

J) \$

K) \$

L) ☐ 0 \$ (+10 %)
☐ 500 \$ (-10 %)
☐ 1 000 \$ (-15 %)
☐ 2 500 \$ (-20 %)
☐ 5 000 \$ (-35 %)
☐ 10 000 \$ (-50 %)

M) \$

N) \$

O) \$

A) Jour Mois Année

B) Jour Mois Année

C) Jour Mois Année

D) jours

E) ☐ Table de tarification 1
☐ Table de tarification 2
☐ Table de tarification 3
☐ Table de tarification 4

F) ☐ 5 jours ☐ 15 jours
☐ 25 jours ☐ 35 jours

G) \$

H) \$ par jour

I) \$

J) \$

K) \$

L) ☐ 0 \$ (+10 %)
☐ 500 \$ (-10 %)
☐ 1 000 \$ (-15 %)
☐ 2 500 \$ (-20 %)
☐ 5 000 \$ (-35 %)
☐ 10 000 \$ (-50 %)

M) \$

N) \$

O) \$

Déclaration et autorisation

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

- Je déclare que je réponds aux conditions d'admissibilité de la table de tarification choisie. Les réponses que j'ai fournies sont véridiques et exactes. En cas de doute, j'ai vérifié auprès de mon médecin.
- Je comprends qu'une fausse déclaration ou l'omission de divulguer un fait important peut entraîner l'annulation du contrat.
- Je comprends qu'il est de ma responsabilité de revoir mon contrat pour comprendre la couverture qui m'est offerte et les exclusions, notamment l'exclusion relative aux affections préexistantes.
- Je comprends que si mon état de santé change avant la date de mon départ, je dois communiquer avec le Bureau d'Assurance Voyage Inc. pour déterminer l'incidence de ce changement sur ma couverture.
- J'autorise la divulgation de mes renseignements personnels et ceux sur la santé en cas de demande de règlement.
- Je comprends que la demande est assujettie à la politique de protection des renseignements personnels du Bureau d'Assurance Voyage Inc. En signant la déclaration, je confirme avoir lu et accepté les modalités de la politique de protection des renseignements personnels figurant à la page 4.

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.**

Option de paiement 2 : Paiement par Visa, Mastercard ou American Express? Pour votre protection, un conseiller en assurance autorisé vous appellera pour procéder au paiement dès réception de votre demande.

T6Q

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 le Contrat.)

Affection bénigne désigne une *maladie* ou une blessure qui a cessé plus de 30 jours avant la *date d'effet* de la couverture, comme il est indiqué dans la confirmation de couverture, et qui ne nécessite pas :

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

Remarque : cette définition ne s'applique qu'à une affection pulmonaire.

Blessure désigne une lésion corporelle soudaine qui résulte directement d'une cause externe et accidentelle, et indépendante de toute autre cause, y compris une *maladie* ou une affection.

Changement de médication désigne tout changement de type de médicament, réduction ou augmentation de la fréquence ou de la posologie d'un médicament, arrêt d'un médicament ou ordonnance d'un nouveau médicament.

Date d'effet désigne la date à laquelle votre couverture débute.

Pour le régime annuel, la garantie Soins médicaux d'urgence débute toute date à laquelle vous quittez votre province ou votre territoire de résidence et toute date à laquelle vous quittez le Canada à la *date d'effet* indiquée dans votre *confirmation de couverture* ou après.

Pour le régime pour un seul voyage, y compris les compléments, la couverture débute à la plus éloignée des dates suivantes :

- votre date de départ; ou
- votre *date d'effet*, indiquée dans votre *confirmation de couverture*.

Maladie désigne une affection ou trouble, ou tout symptôme connexe.

Maladie en phase terminale désigne un *problème de santé* pour lequel 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.

Problème de santé désigne une affection, *maladie* ou *blessure*, y compris les symptômes d'affections non diagnostiquées.

Stable désigne un *problème de santé* auquel tous les énoncés suivants s'appliquent :

- a) Aucun nouveau *traitement* n'a été prescrit ou recommandé ou le *traitement* en cours n'a pas été modifié ni interrompu,
- b) Aucun *changement de médication* ou aucun autre médicament n'a été recommandé ou prescrit,
- c) Aucune aggravation du *problème de santé* n'est survenue.
- d) Aucun nouveau symptôme n'est apparu ou il n'y a eu aucune aggravation ou augmentation de la fréquence des symptômes existants,
- e) Aucune hospitalisation ou recommandation de consulter un spécialiste n'a été nécessaire,
- f) Il n'y a aucun examen, test médical à des fins d'enquête ou *traitement* recommandé mais non complété ou pour lequel les résultats sont attendus.
- g) Aucun *traitement* n'est planifié ou en attente.

Toutes ces conditions doivent être remplies pour qu'un *problème de santé* soit jugé *stable*.

Sont considérés comme *stables* :

- a) 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.
- b) 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.
- c) Une *affection bénigne* (Remarque : une *affection bénigne* s'applique qu'à une *affection pulmonaire*).

Traitement désigne une hospitalisation ou acte prescrit, accompli ou recommandé par un médecin pour un *problème de santé*. Cela comprend notamment la prescription de médicaments, les méthodes d'enquête et les interventions chirurgicales. Important : Toute référence aux tests, aux résultats de tests ou aux examens exclut les tests génétiques. Les tests génétiques sont les tests qui analysent l'ADN, l'ARN ou les chromosomes à des fins telles que la prédiction d'une maladie ou des risques de transmission verticale, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

Avis de consentement en matière de renseignements personnels

En soumettant des informations telles que votre nom, vos coordonnées, votre date de naissance, vos antécédents médicaux ou financiers, ou vos dossiers d'assurance, vous consentez à ce que nous collections, stockions, utilisions et divulguions ces données. Nous utilisons vos informations pour fournir et gérer votre couverture d'assurance - y compris l'évaluation des risques, la fixation des primes, le traitement des demandes d'indemnisation et le respect des obligations légales et réglementaires. Vos informations peuvent être partagées avec des tiers de confiance, y compris des assureurs, des réassureurs, des administrateurs, des courtiers, des experts en sinistres, des régulateurs et des fournisseurs de services - à la fois au Canada et à l'étranger - strictement nécessaires à ces fins. Si vous fournissez des informations personnelles sur quelqu'un d'autre (par exemple, un membre de la famille ou une personne à charge), vous confirmez que vous avez leur consentement pour le faire. Vous pouvez refuser ou retirer votre consentement à tout moment, mais cela pourrait avoir une incidence sur notre capacité à offrir ou à gérer votre couverture d'assurance, ou à régler les sinistres. Vos données personnelles sont traitées en toute sécurité conformément aux lois en vigueur. Pour plus de détails, visitez : <https://www.bureaudassurancevoyage.com/politique-de-confidentialite> ou contactez-nous directement.



Bureau d'Assurance Voyage Inc.

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

Téléphone : 1 844 500-2947

Adresse électronique : info@bavqc.com

[bureaudassurancevoyage.com](https://www.bureaudassurancevoyage.com)

Assurance établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

Pour obtenir des formats accessibles ou des aides à la communication,

veuillez communiquer avec nous à l'adresse accessibilite@manuvie.com ou au 1 855 891-8671