

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

Envoi par la poste à :

151, rue Queen, Sherbrooke QC J1M 1J8

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 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 ^{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, 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	<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. 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=10		
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		
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)?	2	Oui=10		
3. Les situations suivantes se sont-elles présentées au cours des 12 mois précédant la date de votre demande?				
a) 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)	3a	Oui=25		
b) Pris du Lasix ou du Furosémide pour les jambes ou les chevilles enflées	3b	Oui=10		
c) Une consultation médicale pour recevoir un traitement en raison d'étourdissements ou évanouissement	3c	Oui=5		
SCORE SANTÉ TOTAL : Additionnez vos points (si vous n'avez aucun point, entrez 0.)			SCORE SANTÉ	<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 <i>stables</i> :
0 points	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 or more	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 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 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 l'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	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"/> 500 \$ (-10 %) <input type="checkbox"/> 1 000 \$ (-15 %) <input type="checkbox"/> 2 500 \$ (-20 %) <input type="checkbox"/> 5 000 \$ (-35 %) <input type="checkbox"/> 10 000 \$ (-50 %)			<input type="checkbox"/> 0 \$ (+10 %) <input type="checkbox"/> 500 \$ (-10 %) <input type="checkbox"/> 1 000 \$ (-15 %) <input type="checkbox"/> 2 500 \$ (-20 %) <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 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.

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 police.)

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
- une hospitalisation, chirurgie ou l'aiguillage vers un spécialiste.

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.

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

- Aucun nouveau traitement n'a été prescrit ou recommandé ou le traitement en cours n'a pas été modifié ni interrompu,
- Aucun changement de médication ou aucun autre médicament n'a été recommandé ou prescrit,
- Aucune aggravation du problème de santé n'est survenue.
- Aucun nouveau symptôme n'est apparu ou il n'y a eu aucune aggravation ou augmentation de la fréquence des symptômes existants,
- Aucune hospitalisation ou recommandation de consulter un spécialiste n'a été nécessaire,
- 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.
- 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 :

- 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 *affection 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 en matière de renseignements personnels

En soumettant les renseignements demandés, qui peuvent comprendre, sans s'y limiter, le nom, l'adresse, la date de naissance, le numéro de permis de conduire, les renseignements médicaux, les renseignements financiers, le dossier de conduite automobile, l'historique des contrats d'assurance automobile et l'historique des demandes de règlement d'assurance automobile, vous consentez à ce que le Bureau d'Assurance Voyage Inc. recueille, stocke, utilise, communique et traite vos renseignements personnels qui peuvent être nécessaires pour obtenir et administrer les couvertures d'assurance demandées, y compris, mais sans s'y limiter, l'évaluation des risques, l'exécution du contrat, l'établissement de la prime, le prélèvement de la prime, le rajustement, l'administration, la vérification et le traitement des demandes de règlement, la prévention, la détection et la suppression des fraudes, ou l'évaluation statistique. Vous consentez également à ce que le Bureau d'Assurance Voyage Inc. divulgue vos renseignements personnels, selon les besoins et aux fins susmentionnées, aux tiers suivants, notamment : ré-assureurs, tiers administrateurs, courtiers, agents, experts en sinistres, autorités de réglementation ou autres organismes gouvernementaux ou publics, autorités fiscales, associations sectorielles, autres assureurs et tiers participant à la prestation de services d'assurance (les « tiers »). De plus, en fournissant des renseignements sur un tiers, y compris, mais sans s'y limiter, un membre de la famille, un administrateur, un dirigeant, un employé ou toute partie qui détient une participation dans le contrat ou en tire un avantage, vous convenez et garantissez par les présentes que vous avez obtenu le consentement approprié de ce tiers pour divulguer ses renseignements personnels au Bureau d'Assurance Voyage Inc. et pour que le Bureau d'Assurance Voyage Inc. puisse utiliser et divulguer ces renseignements aux fins susmentionnées. Le Bureau d'Assurance Voyage Inc. s'engage à assurer la protection des renseignements qui lui sont communiqués. Vos renseignements personnels seront traités et conservés en toute sécurité dans les locaux du Bureau d'Assurance Voyage Inc. et des tiers autorisés, tant au Canada qu'à l'étranger, et sont assujettis aux lois applicables. Le Bureau d'Assurance Voyage Inc. peut conserver vos renseignements personnels, si nécessaire, pour l'une ou l'autre des raisons susmentionnées ou pour se conformer à ses obligations légales et réglementaires, résoudre des différends et faire respecter les ententes conclues par Bureau d'Assurance Voyage Inc. Vous pouvez refuser de consentir ou retirer votre consentement à la collecte, au stockage, à l'utilisation, à la divulgation ou au traitement de vos renseignements personnels; toutefois, votre refus de donner votre consentement peut faire en sorte que le Bureau d'Assurance Voyage Inc. ne soit pas en mesure d'offrir et d'administrer la protection d'assurance ou de verser les prestations payables au titre de votre contrat. Veuillez communiquer avec le Bureau d'Assurance Voyage Inc. si vous désirez obtenir de plus amples renseignements sur la collecte, l'utilisation, la divulgation, le traitement et le stockage de vos renseignements personnels. Pour en savoir plus, veuillez consulter notre politique de protection des renseignements personnels en ligne à l'adresse bureaudassurancevoyage.com/politique-de-confidentialite.



Bureau d'Assurance Voyage Inc.

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

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

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