

PROPOSITION

Avis important à propos de vos renseignements personnels : En soumettant cette proposition, vous acceptez que Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances (« nous ») puisse recueillir, utiliser et divulguer vos renseignements personnels (y compris les échanges de ces informations avec votre courtier, nos affiliés, nos fournisseurs de services et les organisations qui peuvent vous référer à nous) aux fins de fixation de primes, d'administration du contrat d'assurance, d'amélioration de l'expérience client, d'administration des arrangements d'aiguillage ainsi que pour d'autres fins légales décrites dans notre document intitulé Protection de la vie privée du client. Pour lire ce document, veuillez consulter le site www.assurancevoyagersa.com.



ALBERTA
MEDICAL
ASSOCIATION



N° du contrat – à usage interne seulement
VTC

15 20 APP FCA 0719 000

ADMISSIBILITÉ — Dans la présente proposition, les termes en italique ont une signification précise et sont définis à la partie DÉFINITIONS au dos de ce formulaire.

1. Vous devez être un visiteur au Canada, un détenteur d'un visa de travail ou d'un super visa, un immigrant au Canada ou un résident canadien qui ne soit pas admissible à un régime public d'assurance maladie au Canada.
 2. Vous devez être âgé de 85 ans ou moins à la date d'effet du contrat et être âgé d'au moins 15 jours.
 3. Vous **NE** devez **PAS** voyager contre l'avis d'un médecin ni avoir reçu un diagnostic de maladie en phase terminale. « Maladie en phase terminale » signifie qu'en raison de votre état de santé, un médecin estime que vous avez une espérance de vie de moins de six mois ou que vous avez reçu des soins palliatifs.
 4. Vous **NE** devez **PAS** présenter de troubles rénaux nécessitant la dialyse.
 5. Vous **NE** devez **PAS** souffrir d'insuffisance cardiaque ou avoir dû utiliser de l'oxygène à domicile.
 6. Vous **NE** devez **PAS** présenter de nouveaux symptômes non évalués par un médecin et/ou vous ne devez être au courant d'aucune raison pour recevoir des soins médicaux.
- Note :** Votre *conjoint* et/ou vos *enfants* doivent aussi satisfaire à tous les critères d'admissibilité pour se prévaloir de la couverture familiale de ce régime.

RENSEIGNEMENTS DU PROPOSANT (en caractères d'imprimerie)

Nom de famille :		Prénom :		Date de naissance (J/M/A) :	
Type de couverture : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Pour une <i>Famille</i> (pour la couverture familiale, veuillez remplir la section CONJOINT ET/OU ENFANT(S) ci-dessous)					
Type de souscription : <input type="checkbox"/> Nouveau contrat d'assurance (aucun autre contrat pour visiteurs au Canada n'a été émis avant.) <input type="checkbox"/> Nouveau contrat additionnel; en ce cas, indiquez le n° du contrat pour visiteurs au Canada précédant : _____					
Adresse au Canada :				Ville :	
Province :		Code postal :		Téléphone :	
Pays d'origine :			Courriel :		
Contact au Canada		Nom de famille :		Prénom :	
Adresse :				Téléphone :	

CONJOINT ET/OU ENFANT(S) — (utilisez une feuille séparée si vous avez besoin de plus d'espace)

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (J/M/A)

INFORMATION SUR LE CONTRAT D'ASSURANCE

Options de somme assurée : (cochez votre sélection)					
RÉGIME 1	65 ans ou moins	<input type="checkbox"/> 15 000 \$	<input type="checkbox"/> 25 000 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 100 000 \$
RÉGIME 2	50 à 85 ans	<input type="checkbox"/> 15 000 \$	<input type="checkbox"/> 25 000 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 100 000 \$
Options de franchise : (cochez votre sélection)					
<input type="checkbox"/> 100 \$ (0 %) <input type="checkbox"/> 0 \$ (+5 %) <input type="checkbox"/> 1 000 \$ (-20 %)					
Plus récente date d'entrée au Canada (J/M/A)	Date de la proposition (J/M/A)	Heure de la proposition	Date d'effet (J/M/A)	Nombre de jours	Date d'expiration (J/M/A)

PAIEMENT — Pour calculer la prime totale due, allez à la partie CALCUL DE LA PRIME au dos de ce formulaire.

L'Âge du proposant le plus âgé à la date d'effet du contrat : _____

Veuillez sélectionner un régime (les clients de 50 à 65 ans peuvent choisir le régime 1 ou le régime 2) :

Régime 1 (disponible pour les personnes âgées de 65 ans ou moins)
 Régime 2 (disponible pour les personnes âgées de 50 à 85 ans)

Prime totale due : _____ \$ Minimum de 20 \$		Soumettre cette proposition à :	
Mode de paiement : <input type="checkbox"/> En argent <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MasterCard		RSA	
N° de la carte de crédit		2665, rue King Ouest, bureau 650	
Expiration (M/A)		Sherbrooke QC J1L 2G5	
		ou composez le 1 855 444-9766	

PÉRIODE D'ATTENTE ET SIGNATURE

Je comprends que cette assurance pour urgence médicale est assujettie à certaines limites et exclusions. Je suis conscient que les *affections préexistantes* peuvent être exclues de la couverture comme il est précisé dans la partie « Limites et restrictions » du contrat d'assurance. De plus, je certifie que les renseignements fournis dans cette proposition sont exacts et que je comprends en quoi consiste la période d'attente telle qu'elle est décrite ci-dessous :

a) Si vous avez souscrit cette assurance dans les 30 jours suivant votre arrivée au Canada, vous n'aurez droit à aucun remboursement pour toute *maladie* ou tout symptôme qui se manifeste, ou qui est contracté, ou traité dans les 48 heures qui suivent la date d'effet du présent contrat.

b) Si vous avez souscrit cette assurance plus de 30 jours après votre arrivée au Canada, vous n'aurez droit à aucun remboursement pour toute *maladie* ou tout symptôme qui se manifeste, ou qui est contracté, ou traité dans les 7 jours qui suivent la date d'effet du présent contrat.

Exception : La période d'attente sera supprimée si ce contrat d'assurance est souscrit à la date d'expiration (ou avant) d'un contrat d'Assurance voyage pour visiteurs au Canada déjà émis par l'assureur pour qu'il prenne effet à la date suivant telle date d'expiration à condition qu'il n'y ait pas d'augmentation de la somme assurée. Le contrat d'assurance précédent doit être en vigueur à la date de souscription du nouveau contrat pour qu'il n'y ait aucune interruption de couverture.

Signature du proposant :	Date (J/M/A) :
--------------------------	----------------

TAUX

- Prime minimum : 20 \$
- Âge : utilisez l'âge que vous avez à la date d'effet du contrat pour calculer votre prime.
- Période de couverture maximale : 365 jours par contrat.
- Pour une famille : Le régime familial s'applique au proposant, au conjoint et aux enfants qui demeurent à la même adresse et qui ont les mêmes date de couverture en vigueur. Le taux pour une famille est deux fois celui du proposant le plus âgé de 60 ans ou moins à la date d'effet du contrat.
- La franchise s'applique par assuré, par urgence.
 - Franchise de 100 \$ (automatique)
 - Franchise de 0 \$ (ajouter 5 %)
 - Franchise de 1 000 \$ (soustraire 20 %)

RÉGIME 1 - TABLEAU DES TAUX QUOTIDIENS — offre une couverture pour affections préexistantes stables

Âge	Options de somme assurée (note : le super visa exige un montant assuré d'au moins 100 000 \$)					
	15 000 \$	25 000 \$	50 000 \$	100 000 \$	150 000 \$	300 000 \$
0-25	2,56 \$	2,85 \$	3,27 \$	5,12 \$	6,12 \$	6,49 \$
26-40	2,80 \$	3,13 \$	3,60 \$	5,71 \$	6,64 \$	7,27 \$
41-60	3,42 \$	3,84 \$	4,35 \$	7,18 \$	8,76 \$	9,35 \$
61-65	4,20 \$	5,04 \$	5,71 \$	7,57 \$	9,04 \$	9,90 \$

Note : Le taux pour une famille est deux fois celui du proposant le plus âgé de 60 ans ou moins à la date d'effet du contrat.

RÉGIME 2 - TABLEAU DES TAUX QUOTIDIENS — aucune couverture pour toute affection préexistante

Âge	Options de somme assurée (note : le super visa exige un montant assuré d'au moins 100 000 \$)			
	15 000 \$	25 000 \$	50 000 \$	100 000 \$
50-60	3,25 \$	3,65 \$	4,15 \$	6,81 \$
61-64	3,91 \$	4,69 \$	5,32 \$	7,03 \$
65-69	4,62 \$	5,56 \$	6,33 \$	7,62 \$
70-74	6,26 \$	7,53 \$	8,64 \$	11,58 \$
75-79	8,67 \$	10,29 \$	13,42 \$	16,73 \$
80-85	12,47 \$	15,31 \$	17,87 \$	22,67 \$

Note : Le taux pour une famille est deux fois celui du proposant le plus âgé de 60 ans ou moins à la date d'effet du contrat.

CALCUL DE LA PRIME

Nombre de jours	Taux quotidien*	Sous-total	Options de franchise			Prime totale due Minimum de 20 \$
			<input type="checkbox"/> 100 \$ Automatique (0 %)	<input type="checkbox"/> 0 \$ (+ 5 %)	<input type="checkbox"/> 1 000 \$ (- 20 %)	
_____	x _____ \$	= _____ \$	Additionnez ou soustrayez le % approprié selon la franchise choisie.			= _____ \$
			+/- _____ \$			

* Note : pour la couverture familiale, multipliez par deux le taux quotidien du proposant le plus âgé de 60 ans ou moins à la date d'effet du contrat.

DÉFINITIONS — Dans la présente proposition, les termes en italique ont une signification précise et sont définis ci-dessous.

Affection préexistante signifie toute *maladie*, toute blessure ou tout état pathologique pour lesquels vous avez présenté des symptômes, vous avez reçu des soins médicaux, des conseils, une investigation ou un traitement médical, vous avez été hospitalisé, on vous a prescrit (y compris prescrit au besoin) ou vous avez pris un médicament, ou pour lesquels vous avez subi une chirurgie à n'importe quel moment avant la date d'effet du contrat d'assurance.

Affection préexistante stable signifie :

- Une affection pour laquelle vous recevez un traitement et qui est contrôlée au moyen d'une diète ou de la prise régulière d'un médicament prescrit par un médecin et pour laquelle, dans les 180 jours précédant la date d'effet du contrat, il n'y a eu :
 - aucune hospitalisation et
 - aucun changement dans le traitement, le médicament prescrit ou la posologie.

Exceptions : une réduction de la dose ou l'élimination du médicament à la suite d'une amélioration de l'état de santé, approuvée par un médecin, ne constitue pas un changement de médicament ou de posologie ; une réduction ou l'élimination du traitement à la suite d'une amélioration de l'état de santé, approuvée par un médecin, ne constitue pas un changement de traitement.
- Une affection qui existait déjà il y a plus de 180 jours précédant la date d'effet et pour laquelle aucun traitement n'a été requis, selon l'avis d'un médecin, durant les 180 jours précédant la date d'effet de ce contrat.

Conjoint s'entend de la personne avec laquelle la personne assurée est marié légalement ou avec laquelle la personne assurée vit dans une relation conjugale.

Enfant s'entend d'un enfant naturel ou adopté, d'un enfant de la *personne assurée* ou celui de son *conjoint* ou sa *conjointe*, non marié, à la charge de la *personne assurée* ou de son *conjoint* ou sa *conjointe* qui, à la date d'effet du contrat, est :

- Entre 15 jours et moins de 21 ans ; ou
- Un étudiant à plein temps âgé de moins de 26 ans ; ou
- Atteint d'une déficience physique permanente ou d'une déficience mentale permanente, quel que soit son âge.

Famille s'entend de vous, votre *conjoint(e)* ayant 60 ans ou moins et votre/vos *enfant(s)* admissible(s) qui ont les mêmes dates de couverture en vigueur et qui demeurent à la même adresse durant leur séjour au Canada.

Maladie s'entend de toute affection ou tout trouble physiologique qui donne lieu à une perte pendant que le présent contrat est en vigueur. La maladie doit être suffisamment grave pour obliger une personne raisonnable à chercher à obtenir des soins médicaux auprès d'un médecin.

Les taux et le produit décrits dans ce document peuvent changer en tout temps sans préavis.

