Assurance Voyage À La Carte

Une assurance voyage personnalisée — ne payez que pour les affections dont vous souffrez !

Brochure 2023-2024

Assurance Voyage Santé-Soleil (AVSS)

Au service des voyageurs canadiens depuis plus de 25 Ans

Caractéristiques du régime À La Carte

- La COVID-19 est maintenant couverte comme tout autre état pathologique
- De meilleurs taux pour la plupart des personnes atteintes d'une ***pneumopathie***
- Option de ***stabilité*** d'un mois s'il y a eu une modification à l'un de vos ***médicaments*** récemment (voir Fiche de calcul d'options de la partie II. Modifier la période de ***stabilité*** pour vos ***maladies préexistantes***)
- Régimes annuels multi-voyages de 62 jours par voyage disponible pour la plupart des âges
- Assurance complémentaire à une autre protection sans frais spéciaux
- Jusqu'à 5 000 000 $ d'assurance
- Une période de ***stabilité*** des ***maladies préexistante(s)*** de 90 ou 180 jours s'applique basée sur vos réponses aux Questions relative à votre état de santé
- Un barème de primes simple
- Offert jusqu'à l'âge de 94 ans
- La franchise standard est de 50 $US. Réduisez votre franchise à 0 $ en ajoutant 10 points supplémentaires
- Les régimes annuels multi-voyages couvrent les voyages au Canada (à l'extérieur de votre province ou territoire)
- Annulations et demandes de remboursement sont acceptés par téléphone, poste, courriel et télécopieur
- Assistance médicale internationale ***d'urgence*** 24 heures sur 24, 7 jours sur 7
- Paiement direct à la plupart des hôpitaux
- Excellente politique en matière de remboursements

On peut examiner et souscrire le régime À La Carte aisément !

Nous pouvons vous faire parvenir la proposition, la brochure et la police d'Assurance Voyage À La Carte par **poste**, **télécopieur** ou **courriel**.

On peut les visualiser et les télécharger directement de notre site web **www.tis.ca**

Pour votre commodité, on peut **souscrire** le régime d'Assurance Voyage À La Carte **en ligne** et la prime acquittée par VISA ou MasterCard. Votre police, un reçu aux fins d'impôts et des cartes portefeuille peuvent êtres alors imprimés sur le coup. Voilà la méthode la plus facile à souscrire votre assurance.

Nous pouvons vous les envoyer par la poste si vous n'avez pas accès à une imprimante.

Les taux peuvent changer à tout moment sans préavis, sauf si votre prime a été entièrement payée.

Si vous avez un devis d'un autre régime d'assurance, nous pourrions être en mesure de vous offrir un prix plus bas. Appelez-nous.

www.tis.ca

Questions? 1 888 830-6760 à Rawdon, QC : **450 629-9004** par courriel : **info@tis.ca**

Assurance Voyage À La Carte

Une création d'Assurance Voyage Santé-Soleil

Instructions sur la façon de calculer la prime pour chaque proposant

1. Remplissez la page 2 de la Proposition d'assurance en suivant les **étapes 1** et **2** sur la page 4. Faites le total des points et reportez-le à la ligne ❹ **FACTEUR** de la **Partie 3 « Calcul de la Prime » à la page 3 de la Proposition d'assurance.**
2. Déterminez votre âge à la date de départ du Canada.
3. En vous servant de la colonne pour votre âge dans le Barème des primes de base, trouvez la Tranche de Jours qui correspond au nombre de jours de protection dont vous avez besoin.
4. Utilisez le tarif de base de la prime — en fonction de votre âge et du nombre de jours pour lesquels vous demandez à être couvert — pour l'inscrire à la ligne ❷ de la Partie 3 — Calcul de la prime.
5. Pour notre régime annuel multi-voyages, cochez la case indiquant le nombre de jours que vous souhaitez acheter. Inscrire la prime correspondante indiquée au tableau des tarifs de base du régime annuel multi-voyages à la ligne ❶ de la Partie 3 — Calcul de la prime.
6. Additionnez les montants des lignes ❶ et ❷ et inscrivez le résultat à la ligne ❸ TOTAL PARTIEL des primes de base du Régime annuel multi-voyages et un Seul voyage à la Partie 3 — Calcul de la prime.
7. Pour la prime de chaque Proposant, multipliez la ligne ❸ par la ligne ❹ et inscrivez le résultat à la ligne ❺.

Chaque proposant doit lire, signer et dater la Proposition d'assurance au bas de la page 3.
Postez ou télécopiez la Proposition d'assurance dûment remplie (voir no 5 à la page 4) avec la prime requise.

Remboursements

1. Veuillez communiquer avec Assurance Voyage Santé-Soleil au : **1 888 830-6760**.
2. Si vous revenez chez vous plus tôt que prévu, vous pourriez être eligible pour un remboursement si vous n'avez pas présenté une réclamation. Des remboursements en cas de retour anticipé seront calculés en fonction de la prime payée, la date de votre rentrée au Canada et les Tranches de Jours selon le Barème des primes. Si le nombre total de jours du voyage reste dans la même Tranche de Jours, il n'y a pas de remboursement. Les remboursements sont assujettis à des frais de 20 $ par personne.
3. Il n'y a aucun remboursement des primes pour les Régimes annuels multi-voyages, ou pour les Prolongations de séjour.

Prolongation de la protection

Si vous décidez de prolonger votre séjour après la date d'échéance de votre police d'Assurance Voyage À La Carte, vous devez communiquer avec Assurance Voyage Santé-Soleil au 1 888 830-6760 ou 1 450 629-9004 (à frais virés) au moins 10 jours avant la date d'échéance de votre police et payer la prime supplémentaire requise. Vous devez demeurer admissible à la protection selon toutes les clauses de la police d'Assurance Voyage À La Carte et aucune réclamation ne devra avoir été déclarée, présentée ou être en cours de traitement.
Toute nouvelle maladie présente à la date de votre demande de prolongation ne sera pas couverte pour la période de prolongation.
Nous calculons les primes de prolongation en nous servant du Barème des primes de base actuels pour la durée totale du voyage moins la prime que vous avez payée et multiplié par votre Total des points. Une prime de risque de 15 $ par personne sera ajoutée au résultat. Une prime minimum de 30 $ par personne s'applique à chaque prolongation. Les détails sur les Prolongations apparaissent dans la police d'Assurance Voyage À La Carte.

Barème des primes de base 2023–2024

LA PRIME MINIMALE EST DE 20 $ PAR PERSONNE

RÉGIME POUR UN SEUL VOYAGE

TRANCHES de Jours	ÂGE 1-55	56-60	61-66	67-71	72-76	77-80	81-85	86-89	90-94
1 à 2	36$	40$	41$	66$	75$	112$	181$	245$	271$
3 à 5	41	51	53	79	96	140	225	309	337
6 à 10	54	67	67	106	128	185	301	410	453
11 à 15	67	84	95	147	181	261	421	579	644
16 à 20	95	103	127	198	242	348	565	776	875
21 à 25	116	125	154	237	295	432	708	966	1 082
26 à 30	142	153	184	287	350	523	848	1 166	1 302
31 à 35	160	178	216	332	415	606	994	1 366	1 528
36 à 40	194	214	242	384	469	696	1 141	1 576	1 754
41 à 45	215	236	285	436	532	786	1 286	1 784	1 988
46 à 50	242	258	305	477	583	875	1 438	1 994	2 217
51 à 55	258	295	341	531	652	958	1 596	2 199	2 453
56 à 60	286	313	369	568	709	1 055	1 741	2 411	2 688
61 à 65	312	345	400	624	738	1 139	1 899	2 625	2 933
66 à 70	340	369	438	673	799	1 236	2 050	2 845	3 174
71 à 75	362	397	465	724	854	1 319	2 209	3 060	3 411
76 à 80	397	425	500	782	912	1 408	2 365	3 291	3 660
81 à 85	421	460	548	830	978	1 514	2 529	3 506	3 909
86 à 90	449	479	589	882	1 035	1 609	2 688	3 735	4 161
91 à 95	469	512	640	928	1 147	1 704	2 741	3 962	4 411
96 à 100	503	547	671	980	1 218	1 796	2 893	4 188	4 672
101 à 105	531	581	706	1 030	1 283	1 888	3 056	4 425	4 931
106 à 110	577	621	739	1 089	1 347	1 978	3 213	4 654	5 189
111 à 115	599	661	790	1 133	1 374	2 078	3 376	4 893	5 452
116 à 120	622	699	844	1 190	1 434	2 165	3 537	5 125	5 718
121 à 125	652	735	907	1 243	1 532	2 376	3 797	5 511	6 142
126 à 130	682	772	960	1 295	1 611	2 479	3 970	5 763	6 421
131 à 135	710	810	1 022	1 350	1 684	2 578	4 137	6 012	6 703
136 à 140	731	838	1 083	1 406	1 744	2 679	4 313	6 264	6 983
141 à 145	759	874	1 127	1 458	1 809	2 777	4 480	6 522	7 269
146 à 150	783	912	1 170	1 507	1 869	2 878	4 654	6 770	7 551
151 à 155	816	943	1 218	1 565	2 034	2 982	4 834	7 034	7 838
156 à 160	835	976	1 262	1 619	2 108	3 078	5 010	7 297	8 134
161 à 165	861	1 011	1 302	1 678	2 170	3 156	5 183	7 558	8 427
166 à 170	887	1 037	1 347	1 721	2 295	3 221	5 440	7 928	8 834
171 à 175	915	1 082	1 390	1 777	2 425	3 291	5 539	8 048	9 145
176 à 183	955	1 139	1 462	1 869	2 506	3 412	5 619	8 100	9 600
184 +	Pour des séjours d'autres durées, veuillez communiquer avec nous								

Régime annuel multi-voyages –

Protection à l'étranger et hors de votre Province de résidence.

ÂGE:	1-55	56-60	61-66	67-71	72-76	77-80	81-85	86-89	90-94
Régime de **8 jours**	128$	133$	142$	194$	241$	415$	606$	S/O	S/O
Régime de **16 jours**	153	159	176	220	272	487	882	S/O	S/O
Régime de **32 jours**	280	308	327	417	509	939	1 555	S/O	S/O
Régime de **62 jours**	603	660	699	893	1 097	S/O	S/O	S/O	S/O

LES PRIMES PEUVENT ÊTRE MODIFIÉES EN TOUT TEMPS SANS PRÉAVIS À MOINS QUE VOUS N'AVEZ PAYÉ LA PRIME REQUISE À L'AVANCE

On peut souscrire l'Assurance Voyage À La Carte en ligne également !

Remarque : Tout terme qui apparaît en italique et souligné a une signification particulière. Vous trouverez la **définition** de ces termes à la **page 4** de la Proposition d'assurance.

IMPORTANT : Ces documents ne constituent pas votre police. Nous vous enverrons votre police, vos cartes de portefeuille et un reçu une fois que votre Proposition d'assurance aura été acceptée et que votre prime aura été traitée. **Cette assurance couvre le *traitement* requis uniquement à la suite d'une *urgence* médicale et comporte d'autres modalités, conditions, limitations et exclusions qui peuvent affecter votre couverture. Pour une description complète, consultez la police.**

Assurance Voyage À La Carte

Proposition d'assurance 2023 – 2024

Une création d'Assurance Voyage Santé-Soleil

Souscrite auprès de : L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

N° de police ALC

PROPOSANT 1	Renseignements sur les proposants	PROPOSANT 2

Nom de famille (Noms tels qu'ils figurent sur votre carte d'assurance maladie)	Nom de famille (Noms tels qu'ils figurent sur votre carte d'assurance maladie)
Prénom / Second prénom	Prénom / Second prénom
Adresse du Proposant 1 au Canada Rue / Ville / Province / Code postal	
Date de naissance (jj mm aaaa) / Numéro du régime provincial d'assurance maladie (code de version s'il y a lieu)	Date de naissance (jj mm aaaa) / Numéro du régime provincial d'assurance maladie (code de version s'il y a lieu)
Téléphone/cellulaire / Adresse électronique (s'il y a lieu)	Téléphone/cellulaire / Adresse électronique (s'il y a lieu)
Médecin de famille Nom / Téléphone	Médecin de famille Nom / Téléphone

Pour vous aider à remplir la présente Proposition d'assurance, il y a des Instructions à la page 4.

Adresse à l'étranger (si inconnue, indiquer la ville et l'état)

Rue

Ville / État / Code postal

Téléphone

Personne à contacter au Canada en cas d'urgence (parent ou ami)

Nom / **Téléphone**

Partie 1 - Critères d'admissibilité

QUESTIONS? **1 888 830-6760**

Vous devez satisfaire aux Critères d'admissibilité ci-dessous toutes les fois que vous quittez le Canada sous un Régime pour un Seul voyage ou que vous quittez votre province ou territoire de résidence sous un Régime annuel multi-voyages, pour être admissible à la protection en vertu de cette police.

Vous êtes admissible à l'assurance si :

1. Dans les 6 derniers mois, vous n'avez pas :
- (i) été hospitalisé(e) pendant 24 heures consécutives ou plus pour n'importe laquelle des affections suivantes :
  - un accident vasculaire cérébral [AVC] ou un accident ischémique transitoire [AIT];
  - une ***cardiopathie***;
  - caillot(s) sanguin(s); ou
  - une ***pneumopathie***;
- (ii) reçu des ***traitements*** pour un cancer métastatique;
- (iii) reçu un diagnostic de, **ou** reçu des ***traitements*** pour, **ou** pris des ***médicaments*** pour, une maladie en phase terminale;
- (iv) eu ou fait usage de l'oxygène à domicile (y compris un concentrateur d'oxygène) pour une ***pneumopathie***; ou
- (v) eu besoin des ***traitements*** de dialyse.

2. Vous n'avez pas :
- (i) subi votre plus récent pontage coronarien, angioplastie coronaire ou pose d'endoprothèse vasculaire (stent) coronaire il y a plus de 20 ans;
- (ii) subi une angioplastie coronaire ou une pose d'endoprothèse vasculaire (stent) coronaire au cours des 6 derniers mois;
- (iii) eu un anévrisme quelconque qui n'a pas été réparé par intervention chirurgicale, ni aucune dilatation de l'aorte;
- (iv) au cours des 5 dernières années, reçu des ***traitements*** ou pris des ***médicaments*** pour une insuffisance cardiaque congestive [ICC] ;
- (v) au cours des 5 dernières années, reçu des ***traitements*** ou pris des ***médicaments*** pour la cardiomyopathie avec un ventricule au stade IV ou avec une fraction d'éjection ventriculaire de 20 % ou moins;
- (vi) été conseillé par un médecin que d'entreprendre votre voyage serait dangereux pour votre santé ou que vous ne devez pas entreprendre votre voyage; ou

Déclaration d'acceptation : Vous êtes admissible à la protection en vertu de la police d'Assurance Voyage À La Carte si vous pouvez satisfaire à tous les critères d'admissibilité énumérés ci-dessus, à la **date de départ** de tout voyage.

Partie 2 – La Protection médicale d'urgence de base inclut des montants jusqu'à :

SERVICES MÉDICAUX *D'URGENCE* y compris COVID-19	5 000 000 $
Soins d'***urgence*** paramédicaux/professionnels de santé	250 $ par praticien
Services d'ambulance d'***urgence***	Dépenses admissibles
Soins dentaires d'***urgence***—coup accidentel à la bouche	2 000 $
Soins dentaires d'***urgence*** pour la douleur	300 $
Enlèvement d'un plâtre ou des points de suture suite à une ***urgence***	300 $
Retour d'enfant à votre charge	Dépenses admissibles
Retour de véhicule	2 500 $
Évacuation et rapatriement d'***urgence***	Dépenses admissibles
Retour suite à un événement majeur	3 000 $ par personne
Frais de subsistance	1 500 $ par personne
Frais reliés à votre décès	5 000 $ par personne
Transport d'une personne jusqu'à votre chevet	Dépenses admissibles
Assistance médicale d'***urgence*** internationale 24 heures sur 24	

La COVID-19 est maintenant couverte comme tout autre état pathologique.

Veuillez consulter la police à www.tis.ca pour tous les détails.

Remarque : **Sauf stipulations contraires, toutes les primes, les prestation et les limites sont exprimées en monnaie canadienne.**

Fiche de calcul d'options À La Carte Saison 2023 – 2024

Questions? 1 888 830-6760
à Rawdon, QC : 450 629-9004

REMARQUE IMPORTANTE : Chacun des proposants doit satisfaire aux critères d'admissibilité apparaissant à la Partie 1 - Critères d'admissibilité à la page 1 de cette Proposition d'assurance. Si vous ne pouvez pas satisfaire à ces Critères d'admissibilité ou si votre état de santé change à la date de départ de tout voyage ou avant, ce qui vous rend inadmissible à cette assurance, **veuillez communiquer** avec Assurance Voyage Santé-Soleil.

Remarque : Tout terme qui apparaît en italique et souligné a une signification particulière. Vous trouverez la définition de ces termes à la **page 4** de la présente Proposition d'assurance. ***CHAQUE PROPOSANT DOIT REMPLIR CETTE FICHE.***

Si vous transmettez par **TÉLÉCOPIEUR**, veuillez indiquer votre **numéro de police** dans la case ci-contre :

ALC

PROPOSANT 1 Prénom :	PROPOSANT 2 Prénom :

Lorsque vous remplissez les parties I. & II., consulter votre médecin si vous êtes incertain de vos antécédents médicaux ou vos états pathologiques.

Pour toute question de la Partie **I. (A. – G.)**, à laquelle vous répondez « **OUI** », et pour des options que vous sélectionnez aux **II.** et **III.** vous devez **COCHER la case appropriée** et **AJOUTER la valeur en points** de la question à votre Total des points.

I. QUESTIONS RELATIVES À VOTRE ÉTAT DE SANTÉ (chaque proposant doit remplir cette partie)

En répondant aux questions suivantes, basez vos réponses sur la date à laquelle vous remplissez la proposition d'assurance. Si une de vos réponses change avant votre date de départ, vous devez contacter Assurance Voyage Santé-Soleil pour faire l'ajustement au Total de vos points et votre prime.

A. Avez-vous déjà reçu des *traitements* pour, reçu une prescription ou pris des *médicaments* pour, ou eu un diagnostic de :		
1) une ***cardiopathie***?	☐ + 95	☐ + 95
2) un accident vasculaire cérébral [AVC]?	☐ + 60	☐ + 60
3) la maladie vasculaire périphérique (ne pas inclure les veines variqueuses et les stases veineuses)?	☐ + 75	☐ + 75
4) la sténose de l'artère carotide de 50% ou plus (rétrécissement, blocage ou d'obstruction de tout vaisseau sanguin dans le cou)?	☐ + 75	☐ + 75
B. Au cours des 12 mois précédant votre date de départ, avez-vous reçu des *traitements* pour, reçu une prescription ou pris des *médicaments* pour, ou eu un diagnostic de :		
1) un accident ischémique transitoire [AIT]?	☐ + 35	☐ + 35
2) le diabète nécessitant un ***médicament*** par voie orale?	☐ + 30	☐ + 30
3) le diabète nécessitant de l'insuline (ou n'importe quel autre ***médicament*** injectable nécessaire pour la maîtrise du diabète)?	☐ + 70	☐ + 70
4) la leucémie, un cancer nécessitant chirurgie (y compris une biopsie positive), chimiothérapie, radiothérapie et/ou thérapie au laser (à l'exclusion de carcinome basocellulaire, l'hormonothérapie substitutive (tel que le tamoxifène), l'ablation des lésions cutanées ou carcinome spinocellulaire)?	☐ + 50	☐ + 50
5) la démence (y compris la maladie d'Alzheimer)?	☐ + 50	☐ + 50
6) une ***affection intestinale*** ou une hémorragie digestive?	☐ + 30	☐ + 30
7) une ***pneumopathie***?	☐ + 40	☐ + 40
8) 2 épisodes ou plus d'infection des voies urinaires (IVU)?	☐ + 25	☐ + 25
9) l'insuffisance rénale – stade 4?	☐ + 50	☐ + 50
10) le(s) calcul(s) renal (rénaux) [à moins que le(s) calcul(s) ne sont plus présent(s)]?	☐ + 20	☐ + 20
11) le(s) calcul(s) de la vésicule biliaire [à moins qu'on a enlevé le(s) calcul(s)], ou la pancréatite?	☐ + 20	☐ + 20
12) la maladie de Parkinson, la dystrophie musculaire, la paralysie cérébrale, la myasthénie grave ou la sclérose en plaques?	☐ + 75	☐ + 75
13) une ***pathologie hépatique***?	☐ + 20	☐ + 20
14) le(s) caillot(s) sanguin(s) (ne pas compter la prise d'anticoagulants pendant 60 jours ou moins dans un but préventif suite à une chirurgie de la hanche ou du genou)?	☐ + 50	☐ + 50
C. Au cours des 12 mois précédant votre date de départ, vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris :		
1) 3 ***médicaments*** ou plus pour pression artérielle élevée (l'hypertension)?	☐ + 35	☐ + 35
2) des comprimés de Prednisone (ou d'un ***médicament*** stéroïde équivalent) pour une ***pneumopathie*** pour plus de 21 jours consécutifs?	☐ + 45	☐ + 45
3) Lasix (Novo-Semide/Furosemide) pour n'importe quelle raison pour plus de 21 jours consécutifs?	☐ + 45	☐ + 45
D. Avez-vous subi votre plus récent pontage coronarien, angioplastie coronaire ou pose d'endoprothèse vasculaire (stent) coronaire il y a plus de 15 ans, mais pas plus de 20 ans?	☐ + 75	☐ + 75
E. Avez-vous été, au cours des 12 derniers mois, un(e) résident(e) d'un établissement de soins de longue durée ou d'un logement avec assistance où vous avez reçu de l'aide avec n'importe laquelle des activités de la vie quotidienne (prendre son bain, manger, utiliser la toilette, la prise de ***médicaments***, s'asseoir et se lever d'une chaise ou se mettre au lit et en sortir)?	☐ + 100	☐ + 100
F. À n'importe quel moment au cours des 24 mois précédant votre date de départ, avez-vous fait usage d'un produit **quelconque de tabac?**	☐ + 30	☐ + 30
G. Est-ce que votre dernier ***examen médical complet*** a eu lieu plus de 24 mois avant votre date de départ?	☐ + 30	☐ + 30

II. MODIFIER LA PÉRIODE DE *STABILITÉ* POUR VOS *MALADIES PRÉEXISTANTES*

Vous avez droit à une période de ***stabilité*** des ***maladies préexistantes*** de 90 jours précédant toute date de départ, à moins que vous ayez répondu OUI à ***cardiopathie*** ou à ***pneumopathie***, auquel cas votre période de ***stabilité*** des ***maladies préexistantes*** sera les 180 jours précédant toute date de départ.

♦ Réduisez votre période de ***stabilité*** des ***maladies préexistantes*** de 180 jours à 90 jours précédant toute date de départ.	☐ + 25	☐ + 25
♦ Si vous avez eu un remplacement, une élimination ou une augmentation ou diminution dans la posologie ou fréquence d'un *médicament* qui ne ***traite*** pas une ***cardiopathie*** ou ***pneumopathie*** et qu'on vous a prescrit plus que **45 jours** avant votre date de départ, vous pouvez réduire la période de ***stabilité*** pour l'état pathologique que ***traite*** le ***médicament*** à **30 jours** précédant toute date de départ.	☐ + 30	☐ + 30

III. MODIFIER VOTRE FRANCHISE

Le montant de toute franchise est en dollars US ($US) La franchise standard est de 50 $US.

♦ Pour une franchise de 0 $	☐ + 10	☐ + 10
♦ Choisissez une franchise plus élevée pour une réduction de votre prime en indiquant la valeur en points de la franchise choisie à soustraire à droite : **250$US – 5 500$US – 10 1 000$US – 15 2 000$US– 20 2 500$US– 25 5 000$US – 30 10 000$US – 40** ➤➤➤	☐ - ____	☐ - ____
Points pour une couverture médicale d'urgence de base ➤➤➤➤➤➤➤➤	☑ + 100	☑ + 100

Faites les totaux des points pour vos choix et inscrivez-les aux cases ci-contre.
Vos totaux doivent INCLURE les 100 points pour la couverture.

Proposant 1 Total	Proposant 2 Total

Veuillez reporter les totaux de points ci-dessus à la ligne 6 à la page 3 pour chaque proposant.

Nom du Proposant 1 (en lettres moulées)	Partie 3 - Calcul de la prime	Nom du Proposant 2 (en lettres moulées)
jj mm aa	**Date de départ du Canada** (Le jour où vous quittez le Canada)	jj mm aa
jj mm aa	**Date à laquelle la protection commence** (Date d'entrée en vigueur de la police) (Si la présente assurance sert de complément à une autre protection, cette date correspond au jour suivant la fin de l'autre assurance)	jj mm aa
jj mm aa	**Date à laquelle la protection prend fin** (Date d'échéance de la police) (Doit être avant le **30 septembre 2025** pour les Seuls voyages)	jj mm aa
Jours de couverture _____	**Nombre de jours pour lesquels la protection est requise pour le Régime un Seul Voyage** (Compter la Date d'entrée en vigueur et la Date d'échéance)	Jours de couverture _____
8 jours ☐ 16 jours ☐ 32 jours ☐ 62 jours ☐	**Régime annuel multi-voyages sélectionné** (cochez-en une s'il y a lieu)	8 jours ☐ 16 jours ☐ 32 jours ☐ 62 jours ☐
jj mm aa	**Date d'entrée en vigueur du Régime annuel multi-voyages** (Doit être avant le **31 juillet 2025**) **Remarque :** Le Régime annuel multi-voyages ne peut servir de complément à une autre assurance.	jj mm aa

1 $	**Prime pour le Régime annuel multi-voyages -** Utilisez le taux du **Barème des primes de base** pour le Régime annuel multi-voyages	1 $
2 $	**Un Seul Voyage -** Utilisez le taux du **Barème des primes de base**	2 $
3 $	**TOTAL PARTIEL des primes de base du Régime annuel multi-voyages et un Seul voyage :** Additionnez les montants des lignes 1 + 2	3 $
4	**FACTEUR : Total des points** (tel qu'indiqué au bas de la page 2) ÷ **100**	4
5 $	**TOTAL DU PROPOSANT : Total partiel des primes 3 × FACTEUR 4**	5 $

Total du Proposant 1 & 2 = _____ $

Libellez votre chèque au nom de : Assurance Voyage Soleil-Sud ou compléter ➡

Visa ou Mastercard

N° de la carte _____

Code de 3 chiffres _____ Date d'expiration mois _____ année _____

Partie 4 - Déclaration et Autorisation

Je présente une demande d'Assurance Voyage À La Carte (ALC), souscrite par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.(IA) Je conviens qu'il faut que je présente ma demande d'assurance avant mon départ du Canada. Si je paie pour cette assurance par carte de crédit, j'autorise que ce paiement soit porté à ma carte de crédit.

Je comprends que la Brochure et la Proposition d'assurance (y compris les Critères d'admissibilité) font partie de la police et qu'elles sont toutes importantes pour le risque et la considération de l'assurance pour laquelle je fais une demande. Je déclare que tous les renseignements fournis dans la présente proposition sont exacts et complets. Il est entendu que si des renseignements importants nécessaires pour le remplissage de la présente proposition ne sont pas divulgués, IA annulera ma police d'assurance et que je ne serai pas couvert en vertu des prestations de la police. Si je n'étais pas certain de mon état de santé relativement à sa portée pour la présente proposition d'assurance, j'ai consulté mon médecin. Je reconnais que, en souscrivant ALC, je dois être au courant de tous mes ***médicaments*** et de leurs buts, ainsi que de tous les états pathologiques que j'ai eu ou que j'ai présentement. Je reconnais qu'aucune déclaration faite par moi ou par tout agent avant la date de ma demande d'assurance, ou le jour même, ne sera considérée comme valide à moins qu'elle ait été documentée et soumise par écrit, puis acceptée par IA et ce, avant que la demande ne soit remplie. Si je suis responsable du paiement d'une franchise quelconque ou s'il est établi que je ne suis pas admissible à cette assurance selon une section quelconque de la proposition d'assurance ou de la police, IA a le droit de recouvrer toute somme qui m'aurait été versée.

Je conviens que l'assurance demandée ne prendra effet que lorsque la prime requise ainsi qu'une copie signée (y compris toute signature électronique) et datée de la présente proposition auront été reçues par Assurance Voyage Santé-Soleil (AVSS). Si, pour quelque raison que ce soit, cette proposition n'est pas acceptée, je recevrai un remboursement complet. Je reconnais que toutes les modalités, les conditions, les limites et les exclusions de la police ALC s'appliqueront et que cette assurance couvre seulement les ***urgences*** médicales. IA peut employer des agents, des courtiers et des fournisseurs de service afin de recueillir, d'utiliser, de stocker et/ou de traiter des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels en son nom et ces renseignements peuvent être transmis à ces entités aux fins décrites aux présentes. Les renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels peuvent être recueillis, utilisés, divulgués, transmis, stockés ou traités à l'extérieur du Canada et peuvent par conséquent être assujettis à des lois en vigueur dans ces pays étrangers. En accord avec les pratiques de confidentialité de la loi canadienne LPRPDE (Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques), et de la loi américaine HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act), la présente autorisation demeure valide tant que toute réclamation en suspens ou litigieuse en vertu d'une police émise de ALC et à la suite de cette proposition n'aura pas été réglée, à moins qu'une loi applicable ne stipule un délai plus court, en quel cas elle viendrait à échéance dans le délai prévu par la loi. Je reconnais que, pour satisfaire aux modalités de la police ALC, il peut être nécessaire d'examiner tous mes antécédents médicaux, peu importe l'année. Cela restera valable tant qu'il existe une réclamation ou un litige soumis à IA. Une photocopie ou une télécopie du présent document de proposition, Déclaration et Autorisation sera jugé aussi valide que l'original. Par la présente, j'autorise mon conjoint ou le membre de ma famille voyageant avec moi, ou mon décideur substitut, à agir en mon nom, si mon état de santé ne me permet pas de prendre les décisions nécessaires.

Au cas où j'aurais une réclamation, j'autorise tout médecin, hôpital, pharmacie, ou autre fournisseur de soins médicaux qui m'a vu ou qui m'a examiné de divulguer et échanger avec la Compagnie d'assistance d'urgence ou ses représentants tout et chacun des renseignements concernant mes antécédents médicaux, symptômes, ***traitements***, examens médicaux ou diagnostics dans le but de gérer l'assurance, de déterminer le risque de souscription et pour passer en revue toute réclamation. Les informations contenues dans n'importe lesquels de mes dossiers médicaux, y compris tout résultat des examens d'investigation, formeront la base pour évaluer la validité de la protection en vertu de ma police et de toute réclamation déclarée. Au cas où tous les documents requis ne seraient pas fournis à la Compagnie d'assistance d'urgence dans les 6 mois suivant la date du sinistre, je reconnais que le dossier de ma réclamation sera fermé.

Si la présente section Déclaration et Autorisation est révoquée, aucune réclamation ne sera considérée tant que la Déclaration et Autorisation ne sera pas rétablie.

Il est entendu que tout changement à mon état de santé ou à mes *médicaments* entre la date à laquelle je remplis la présente proposition et la date de départ de tout voyage qui ne me rend plus admissible (tel que stipulé à la Partie 1– Critères d'admissibilité à la page 1) à cette police, qui occasionne une modification à mes réponses à la section I. « Questions relative à votre état de santé » de la Fiche de calcul d'options ou qui occasionne une modification à la *stabilité* d'une *maladie préexistante* (autre qu'une *affection mineure*), est considéré comme un changement important de ma police et je dois aviser AVSS sans tarder.

Il est entendu que si je n'avise pas immédiatement AVSS de tout changement important de mon état de santé ou de mes *médicaments*, toute réclamation peut être refusée et ma police d'assurance peut être résiliée.

PROPOSANT 1	Date: jj mm aa	PROPOSANT 2	Date: jj mm aa
Proposant 1 Signature		Proposant 2 Signature	

REMARQUE IMPORTANTE: Tout proposant doit lire, signer et dater la Déclaration et Autorisation ci-dessus.

REMARQUE : Sauf stipulations contraires, toutes les primes, les prestations et les limites sont exprimées en monnaie canadienne.

1 Chaque Proposant doit satisfaire à tous les critères d'admissibilité tels qu'indiqués à la Partie 1–Critères d'admissibilité de la présente Proposition d'assurance (voir la page 1) afin de continuer à remplir la Fiche de calcul d'options. Si vous êtes incertain de vos antécédents médicaux ou vos états pathologiques, consultez votre médecin.

2 Remplissez la Fiche de calcul d'options à la page 2 de cette proposition SEULEMENT SI VOUS ÊTES ADMISSIBLE.

Chaque partie de la Fiche de calcul d'options—Points **I** jusqu'à **III**—a des cases à cocher qui représentent un nombre précis de points. Vous n'avez qu'à cocher les cases qui s'appliquent à vous, ajouter le nombre de points correspondant à votre résultat et, lorsque vous avez terminé, faire le total de vos points (incluant les 100 points pour la protection de base) et inscrire le total à la case appropriée au bas de la Fiche de calcul d'options pour chaque proposant.

Questions relatives à votre état de santé (**Chaque proposant** doit remplir cette partie)—Voir le point **I**. à la page 2.

Vous devez répondre à ces questions afin de nous permettre d'évaluer plus précisément vos antécédents médicaux et votre mode de vie. **Si vous êtes incertain de vos antécédents médicaux, ou vos états pathologiques, consultez votre médecin.**

Modifier la période de *stabilité* pour vos *maladies préexistantes* – Voir le point **II**. à la page 2.

Vous avez droit à une période de ***stabilité*** des ***maladies préexistantes*** de **90 ou 180 jours** précédant toute date de départ.

Si vous avez eu un remplacement, une élimination ou une augmentation ou diminution dans la posologie ou fréquence d'un ***médicament*** qui ne ***traite*** pas une ***cardiopathie*** ou ***pneumopathie*** et qu'on vous a prescrit plus que **45 jours** avant votre date de départ, vous pouvez réduire la période de ***stabilité*** pour l'état pathologique que ***traite*** le ***médicament*** à **30 jours** précédant toute date de départ. (ajouter 30 points)

Options de franchises—Voir le point **III**. à la page 2.
La police d'Assurance Voyage À La Carte comprend une franchise standard de **50 $US** pour chaque réclamation.

3 Calculer votre Prime totale à payer à la page 3 de cette proposition

Suivez attentivement les directives au verso de la Brochure 2023-2024 afin de calculer votre prime individuelle et veuillez indiquer les importantes dates de voyage et de protection à la **Partie 3** à la page 3 de la présente Proposition d'assurance.

4 Les proposants DOIVENT LIRE, SIGNER et DATER la Déclaration et Autorisation au bas de la Page 3

Une fois que vous aurez calculé votre prime, veuillez lire la section Déclaration et Autorisation soigneusement—**Partie 4** à la page 3. Si vous êtes en accord avec toutes les déclarations qui s'y trouvent, vous (les 2 proposants s'il y a lieu) devez signer et indiquer la date de votre signature au bas de la page 3.

5 Remplissez tous les champs requis pour chaque Proposant à la page 1 – Renseignements sur le Proposant, page 2 – Fiche de calcul d'options et page 3, Partie 3 – Calcul de la prime.

Envoyez-nous votre Proposition d'assurance dûment remplie, accompagnée de la prime requise, à l'adresse ci-dessous.

PAR LA POSTE : ASSURANCE VOYAGE SANTÉ-SOLEIL
CP 4648
Rawdon, QC J0K 1S0
Télécopieur : 1 877 662 8686
Courriel : info@tis.ca

Ces documents ne constituent pas votre police. Nous vous enverrons votre police, vos cartes de portefeuille et un reçu une fois que votre Proposition d'assurance aura été acceptée et que votre prime aura été traitée, ou visitez le site www.tis.ca pour télécharger la police.

REMARQUE IMPORTANTE : Vous devez communiquer avec la Compagnie d'assistance d'urgence indiquée sur vos cartes portefeuille dans les 24 heures suivant toute réclamation pour un *traitement* médicale ou dentaire (même si le montant de la réclamation est inférieur à celui de votre franchise). Si vous ne le faites pas, vous devrez payer **50%** de toutes les dépenses admissibles et notre responsabilité maximum sera limitée à 25 000 $. Vous devez communiquer avec la Compagnie d'assistance d'urgence indiquée sur vos cartes portefeuille à moins que votre état de santé ne le permette pas. Vous devez téléphoner aussitôt que votre état de santé le permet ou quelqu'un devra téléphoner en votre nom.

Définitions

Le tableau qui suit constitue une liste partielle des définitions. Pour avoir une liste complète des définitions, veuillez consulter la section « Définitions » dans la police d'assurance dès que vous la recevrez.

affection intestinale : (y compris) colite ulcéreuse, maladie de Crohn, diverticulite, occlusion intestinale, chirurgie intestinale, constipation ***chronique***, ou syndrome du côlon irritable.

affection mineure : une infection virale ou bactérienne non ***chronique*** (à l'exception de toute affection nécessitant l'usage de Prednisone ou un ***médicament*** stéroïde équivalent sous forme de comprimé) qui ne nécessite pas d'hospitalisation, chirurgie ou plus qu'une visite de suivi auprès d'un fournisseur de soins médicaux hormis l'évaluation initiale et comprend l'usage de pas plus de 2 ***médicaments*** pour un maximum de 30 jours.

cardiopathie (y compris) : (i) une anomalie du rythme cardiaque (y compris une arythmie, une fibrillation auriculaire ou des battements irréguliers); (ii) implantation d'un stimulateur ou défibrillateur cardiaque ou remplacement; (iii) une crise cardiaque (infarctus du myocarde); (iv) transplantation cardiaque; (v) une maladie coronarienne (y compris l'angine de poitrine); (vi) angioplastie coronaire, ou pose d'endoprothèse vasculaire (stent) coronaire; (vii) pontage coronarien; (viii) la valvulopathie (y compris toute régurgitation ou sténose (modérée ou sévère)); (ix) souffle au coeur; (x) la péricardite; ou (xi) la cardiomyopathie.

chronique : se dit d'un état pathologique qui continue, persiste, est épisodique ou récurrent sur une période prolongée. Un tel état pathologique dure généralement longtemps et ne disparaît ni facilement, ni rapidement.

examen médical complet : vous avez visité ou consulté par téléphone un médecin en exercice ou un praticien de la santé autorisé où votre bilan de santé a été mis à jour, tout symptôme a été diagnostiqué et chaque examen prescrit ou proposé a été exécuté et vous êtes au courant des résultats de tels examens.

maladie préexistante : pathologie (n'englobe pas une ***affection mineure***) pour laquelle on a reçu des ***traitements*** ou pour laquelle des symptômes s'étaient manifestés avant l'une ou l'autre de vos dates de départ. Ce terme englobe une complication médicalement reconnue ou la résurgence d'un état pathologique.

médicament(s) : tout ***médicament*** prescrit (que l'ordonnance soit remplie ou non) ou remède prescrit, servant au ***traitement*** des maladies et au maintien d'un bon état de santé. Ce terme comprend les nouvelles ordonnances, des renouvellements ou des recharges, l'insuline et la nitroglycérine (sous toute forme, avec ou sans ordonnance). Ce terme ne comprend pas les produits et remèdes disponibles sans ordonnance, y compris l'aspirine (ou équivalent), les vitamines, les minéraux et l'hormonothérapie substitutive.

pathologie hépatique : y compris l'hépatite C ou la cirrhose.

pneumopathie (y compris) : la Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique (MPOC), la bronchite ***chronique***, l'emphysème, la pneumopathie interstitielle, la fibrose pulmonaire, l'amiantose, la sarcoïdose, chirurgie pulmonaire ou l'asthme à dyspnée continue (l'asthme ***chronique***). (Ce terme n'englobe ni des allergies saisonières ni une ***affection mineure***).

traitement, ***traiter*** **ou** ***traité(e)*** : acte médical, thérapeutique ou diagnostique prescrit, effectué ou recommandé par un médecin ou un autre praticien de la santé autorisé, y compris, mais sans s'y limiter, les ***médicaments***, les tests à des fins d'investigation, hospitalisation, interventions chirurgicales ou action recommandée en rapport avec l'état.

stable **ou** ***stabilité*** : un état pathologique ne s'aggrave pas et il n'y a pas eu de changement aux ***médicaments*** (ni de ***médicament*** différent) pour celui-ci. En outre, l'utilisation et la posologie de ces ***médicaments*** n'ont pas changé, un médecin n'a reçu aucun résultat de test indiquant une détérioration de votre état pathologique et vous n'avez pas été informé par un médecin que vous devez subir une intervention chirurgicale. Ce terme signifie également que des ***traitements*** prescrits ou recommandés par un médecin n'ont pas changé au cours de la période pour les ***maladies préexistantes*** pour laquelle vous êtes admissible ou que vous avez sélectionnée. Aucun des points suivants **ne constitue** un changement ou une modification de ***médicament*** : substitution d'un ***médicament*** de marque particulière pour un produit générique équivalent, pourvu qu'il n'y a pas eu de changement ni dans son utilisation ni dans sa posologie; changement dans la posologie du ***médicament*** insuline ou Coumadin, Warfarin, Pradaxa, Pradax ou Dabigatran.

urgence **ou** ***urgences*** : trouble mental ou émotif—pour lequel l'hospitalisation est nécessaire—ainsi que toute maladie ou blessure accidentelle, qui surviennent de façon imprévue durant votre voyage et pour lequel des ***traitements*** médicaux immédiats sont nécessaires afin d'éviter ou de diminuer un risque pour la vie ou pour la santé. Une ***urgence*** prend fin quand, selon des preuves médicales, vous ne recevez plus des soins médicaux d'***urgence*** et vous pouvez obtenir votre congé de l'établissement médical.