

INSTRUCTIONS À L'INTENTION DU PROPOSANT

LES PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS ET PLUS qui veulent souscrire le plan Annuel soins médicaux d'urgence, le plan Annuel tous risques ou le plan Soins médicaux d'urgence – Voyage unique doivent remplir le Questionnaire médical Transat. Les réponses permettront d'établir a) l'admissibilité à l'assurance et b) le plan auquel vous avez droit.

Les proposants de moins de 85 ans qui veulent souscrire le plan Annuel soins médicaux d'urgence, le plan Annuel tous risques ou le plan Soins médicaux d'urgence – Voyage unique et qui **décident de ne pas** remplir le questionnaire médical ont droit au **Plan D** assorti de **l'Exclusion 4** des *problèmes de santé préexistants* si le voyage dure 17 jours ou moins et de **l'Exclusion 5** si le voyage dure 18 jours ou plus. Les proposants qui **décident de ne pas** remplir le questionnaire médical doivent apposer leurs initiales à la SECTION 1, puis signer et dater le questionnaire à la SECTION 5. Les proposants de plus de 60 ans qui veulent souscrire le plan Estival doivent répondre aux conditions d'admissibilité décrites dans la police d'assurance voyage Transat.

VOUS DEVEZ LIRE LES INSTRUCTIONS CI-DESSOUS AUX PROPOSANTS AVANT QU'ILS REMPLISSENT LE QUESTIONNAIRE MÉDICAL.

1. Vous devez fournir des réponses complètes et véridiques. Vos antécédents médicaux feront l'objet d'une vérification si vous présentez une demande de règlement. Si vous avez fourni des réponses incomplètes ou inexactes, votre couverture sera nulle et sans effet (même si les divergences n'ont aucun lien avec l'objet de la demande de règlement).
2. Si vous ne savez pas comment répondre à une question sur un *problème de santé*, vous devez consulter votre médecin avant de remplir le Questionnaire médical Transat.
3. VOUS seul, le proposant, pouvez remplir et signer le questionnaire. Ni votre conjoint ni votre agent ne peuvent le faire à votre place. Votre agent de voyages ne peut pas vous aider à remplir le questionnaire médical.
4. Veuillez noter que le Questionnaire médical Transat sera refusé s'il comporte des erreurs (il n'est pas permis d'apposer ses initiales en regard d'une correction) ou si des renseignements complémentaires y sont inscrits.

DÉFINITIONS

Changement de médication - Diminution ou augmentation de la posologie ou de la fréquence d'un médicament, changement du type de médicament ou arrêt d'un médicament, et/ou prescription d'un nouveau médicament. **Exceptions:** un rajustement périodique du Coumadin, de la warfarine ou de l'insuline (à condition que ce médicament ne soit pas une nouvelle ordonnance ou que vous n'ayez pas cessé de le prendre) visant à contrôler la concentration de ce médicament dans votre sang; et un changement d'un médicament de marque déposée à un médicament générique dont la posologie est la même.

Hôpital - Établissement agréé comme hôpital dans lequel les patients séjournent pour recevoir des soins médicaux, où l'on trouve en tout temps au moins un infirmier de garde et qui dispose d'un laboratoire et d'une salle d'opération sur place ou dans des lieux sous sa direction. Les cliniques, les établissements de soins palliatifs ou de longue durée, les centres de réadaptation, les centres de désintoxication, les maisons de convalescence et de repos, les maisons de soins infirmiers (centres d'hébergement et de soins de longue durée), les foyers pour personnes âgées et les établissements de cure ne sont pas considérés comme des hôpitaux.

Problème de santé - État pathologique ayant nécessité ou nécessitant des conseils médicaux, une consultation médicale, une investigation médicale, un *traitement*, des soins ou des services médicaux ou un diagnostic posé par un médecin.

Problème de santé préexistant - *Problème de santé* qui a été *traité* ou a occasionné des symptômes avant le voyage assuré en question et pendant la période stipulée dans la police, y compris les complications médicalement attestées, les rechutes et les récides.

Stabilisé et contrôlé - Se dit d'un *problème de santé* qui ne s'aggrave pas et à l'égard duquel, pendant la période stipulée dans la police pour le plan que vous avez choisi et auquel vous êtes admissible, aucune modification n'a été apportée à un *traitement* médicamenteux ou autre prescrit ou recommandé par un médecin quelconque.

Traitement, traiter ou traité - Acte médical, thérapeutique ou diagnostique prescrit, effectué ou recommandé par un médecin, y compris, mais non de façon limitative, la médication prescrite, les examens d'investigation et les interventions chirurgicales. L'utilisation inchangée de médicaments prescrits pour traiter un *problème de santé stabilisé et contrôlé* et les examens médicaux au cours desquels le médecin ne constate aucune modification d'un état déjà observé ne sont pas considérés comme des *traitements*.

EXCLUSION DES PROBLÈMES DE SANTÉ PRÉEXISTANTS

L'exclusion des problèmes de santé préexistants qui s'applique dans votre cas, et pour laquelle aucune prestation n'est exigible, est établie en fonction des réponses que vous fournissez à la page 2.

Exclusion 1 : *problème de santé préexistant* ou *problème de santé* connexe qui n'était pas **stabilisé et contrôlé** pendant la période de **3 mois** précédant immédiatement la date d'effet de votre assurance.

Exclusion 2 : *problème de santé préexistant* ou *problème de santé* connexe qui n'était pas **stabilisé et contrôlé** pendant la période de **6 mois** précédant immédiatement la date d'effet de votre assurance.

Exclusion 3 : *problème de santé préexistant* ou *problème de santé* connexe qui n'était pas **stabilisé et contrôlé** pendant la période de **12 mois** précédant immédiatement la date d'effet de votre assurance.

Exclusion 4 : *problème de santé préexistant* ou *problème de santé* connexe pour lequel **vous avez pris des médicaments ou reçu un traitement**, ou pour lequel un médicament ou un *traitement vous a été prescrit*, dans les **3 mois** précédant immédiatement la date d'effet de votre assurance.

Exclusion 5 : *problème de santé préexistant* ou *problème de santé* connexe pour lequel **vous avez pris des médicaments ou reçu un traitement**, ou pour lequel un médicament ou un *traitement vous a été prescrit*, dans les **6 mois** précédant immédiatement la date d'effet de votre assurance.

AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ

Afin de préserver le caractère confidentiel de vos renseignements, la Financière Manuvie créera un « dossier de services financiers » contenant les renseignements qui seront utilisés pour offrir et administrer les services et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, réassureurs, mandataires, administrateurs et agents responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des sinistres de la Financière Manuvie, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organismes et fournisseurs de services peuvent être dans des ressorts situés à l'extérieur du Canada et être soumis aux lois en vigueur dans ces ressorts. Votre consentement quant à l'utilisation de vos renseignements personnels pour vous offrir des produits et services est facultatif, et vous pouvez mettre fin à cette utilisation en écrivant à la Financière Manuvie à l'adresse indiquée ci-dessous. Votre dossier est gardé en lieu sûr dans nos bureaux. Vous pouvez demander à examiner les renseignements qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Marchés des groupes à affinités, Financière Manuvie, P.O. Box 4213, Stn. A, Toronto (Ontario) M5W 5M3.

Aux termes de l'assurance voyage Transat, les garanties en cas d'accident et de maladie sont établies par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie) et toutes les autres garanties sont établies par La Nord-américaine, première compagnie d'assurance, une filiale de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Le régime d'assurance est administré par Pottruff & Smith Courtiers d'Assurance Voyage Inc.

Le nom Financière Manuvie et le logo qui l'accompagne sont des marques de service et de commerce déposées, réservées à l'usage de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et de ses sociétés affiliées, y compris la Société Financière Manuvie.

COPIE JAUNE – CLIENT COPIE BLANCHE – Assurance voyage Transat a/s de Pottruff & Smith Courtiers d'Assurance Voyage Inc.

83 rue Turgeon, Bureau 300, Ste-Thérèse, Québec, J7E 3H7 Tel.: 1-888-357-7215 Fax: 450-434-0807

PROPOSANT Veuillez lire les instructions à l'intention du proposant, à la page 1, avant de remplir le présent questionnaire.

Nom de famille, prénom		Numéro de l'agent	Code de la succursale	Numéro de la police	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
ADRESSE DU DOMICILE (numéro et rue)		N° d'app.	Ville	Province	Code postal
N° de téléphone – Domicile ()	N° de téléphone – Travail ()	Courriel (facultatif)	Pays de destination	N° de téléphone – Destination	

SECTION 1

1	Au cours des 12 derniers mois , avez-vous fait usage d'oxygène à domicile ou vous a-t-on prescrit un tel <i>traitement</i> ?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
2	Avez-vous déjà subi une greffe de moelle osseuse ou d'organe (sauf une greffe de la cornée)?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
3	Avez-vous besoin de dialyse rénale?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
4	Avez-vous reçu un diagnostic de sida (syndrome d'immunodéficience acquise), parasida ou VIH (virus de l'immunodéficience humaine)?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
5	Avez-vous reçu un diagnostic de maladie en phase terminale pour laquelle un médecin a estimé votre espérance de vie à moins de 6 mois , ou encore un médecin vous a-t-il recommandé de ne pas voyager actuellement?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
6	Au cours des 5 dernières années , avez-vous reçu un diagnostic ou vous a-t-on prescrit des médicaments ou avez-vous pris des médicaments ou avez-vous reçu un traitement pour un cancer métastatique?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
7	Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou suivi un traitement ou êtes-vous allé à l' hôpital ou vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris des médicaments pour 2 des 3 affections suivantes : • diabète • accident vasculaire cérébral • N'IMPORTE QUELLE affection cardiaque?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
8	Avez-vous subi un pontage coronarien ou une chirurgie valvulaire il y a plus de 10 ans ?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
9	Au cours des 12 derniers mois , pour N'IMPORTE QUELLE affection cardiaque, avez-vous reçu un nouveau diagnostic ou suivi un traitement ou êtes-vous allé à l' hôpital ou y a-t-il eu un changement de médication ou avez-vous eu de nouveaux symptômes ou des symptômes plus graves ?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI

ARRÊT Si vous avez répondu **OUI** à l'**UNE** des questions 1 à 6 ci-dessus, vous êtes admissible au **Plan D**.
Si vous avez répondu **OUI** à l'**UNE** des questions 7 à 9, vous pouvez demander une assurance avec tarification individuelle des risques médicaux qui couvre les *problèmes de santé* préexistants en nous appelant au **1 800 709-8320**. Si vous ne nous appelez pas, vous êtes admissible au **Plan D**.

Si vous êtes admissible au Plan D et que votre voyage dure 17 jours ou moins , l' Exclusion 4 s'applique. Qu' UN <i>problème de santé</i> préexistant ait été <i>stabilisé et contrôlé</i> ou non, le Plan D ne couvre aucun <i>problème de santé</i> préexistant pour lequel vous avez pris des médicaments ou reçu un <i>traitement</i> , ou pour lequel un médicament ou un <i>traitement</i> vous a été prescrit, dans les 3 mois précédant immédiatement la date d'effet de votre assurance.	Initiales
Si vous êtes admissible au Plan D et que votre voyage dure 18 jours ou plus , l' Exclusion 5 s'applique. Qu' UN <i>problème de santé</i> préexistant ait été <i>stabilisé et contrôlé</i> ou non, le Plan D ne couvre aucun <i>problème de santé</i> préexistant pour lequel vous avez pris des médicaments ou reçu un <i>traitement</i> , ou pour lequel un médicament ou un <i>traitement</i> vous a été prescrit, dans les 6 mois précédant immédiatement la date d'effet de votre assurance.	Initiales
Si vous avez répondu NON à TOUTES les questions de la SECTION 1, veuillez répondre aux questions de la SECTION 2.	

SECTION 2

1	Au cours des 12 derniers mois , vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris de la prednison ou d'autres stéroïdes oraux pendant plus de 7 jours ou avez-vous été hospitalisé pour une affection pulmonaire?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
2	Au cours des 12 derniers mois , vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris : a) tout aérosol-doseur ou inhalateur-doseur pendant plus de 10 jours consécutifs pour une affection pulmonaire? b) des antibiotiques à plus d'une reprise ou pendant plus de 10 jours consécutifs pour une affection pulmonaire? c) n'importe quel médicament, de façon ininterrompue, pour une affection pulmonaire?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
3	Au cours des 12 derniers mois , avez-vous reçu un nouveau diagnostic ou suivi un traitement ou êtes-vous allé à l' hôpital ou vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris des médicaments pour l'une des raisons suivantes : • saignement gastro-intestinal • maladie de Crohn • colite ulcéreuse • occlusion intestinale • chirurgie intestinale • pancréatite	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
Si vous avez répondu OUI à l' UNE des questions de la SECTION 2, vous êtes admissible au Plan C et l' Exclusion 3 s'applique. Reportez-vous à la page 1 pour obtenir des précisions sur l'exclusion des <i>problèmes de santé</i> préexistants qui vous concerne, étant donné votre état de santé au cours des 12 mois précédant immédiatement la date d'effet de votre assurance.		Initiales
Si vous avez répondu NON à TOUTES les questions de la SECTION 2, veuillez répondre aux questions de la SECTION 3.		

SECTION 3

Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou suivi un traitement ou êtes-vous allé à l' hôpital ou vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris des médicaments pour N'IMPORTE QUELLE affection cardiaque? (Nota : affection cardiaque n'inclut pas les extrasystoles ni les palpitations pour lesquelles vous n'avez pris aucun médicament ni reçu de traitement .)	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI , notez 4. →	Note
Au cours des 12 derniers mois , avez-vous reçu un diagnostic ou suivi un traitement ou êtes-vous allé à l' hôpital ou vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris des médicaments pour un accident vasculaire cérébral ou une mini-attaque cérébrale (mini-AVC ou accident ischémique transitoire ou AIT)?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI , notez 4. →	Note
Au cours des 12 derniers mois , avez-vous reçu un diagnostic ou suivi un traitement ou êtes-vous allé à l' hôpital ou vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris des médicaments pour un trouble du foie ?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI , notez 4. →	Note
Au cours des 12 derniers mois , avez-vous reçu un diagnostic ou suivi un traitement ou êtes-vous allé à l' hôpital ou vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris des médicaments pour l' UNE des affections suivantes?			
• diabète Nota : Si votre glycémie est surveillée par votre médecin ou à domicile à l'aide d'un glucomètre, ou encore si un médecin ou un diététiste vous a donné des conseils sur les changements à apporter à votre alimentation en raison de votre taux de glycémie, vous devez répondre OUI .	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI , notez 3. →	Note
• Insuffisance rénale	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI , notez 3. →	Note
• maladie vasculaire périphérique (blocage ou rétrécissement des artères)	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI , notez 3. →	Note
• cancer (sauf un carcinome cutané basocellulaire ou épidermoïde)	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI , notez 3. →	Note
Au cours des 24 derniers mois , avez-vous fait usage de produits du tabac ?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI , notez 1. →	Note
Votre dernier examen médical périodique remonte-t-il à plus de 18 mois ?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI , notez 1. →	Note
Pour la tension artérielle élevée (ou hypertension) : a) Prenez-vous ACTUELLEMENT des médicaments pour le traitement ou la prévention de l' hypertension ? b) Pour traiter ou prévenir l' hypertension , vous a-t-on prescrit des médicaments que vous avez décidé de ne pas prendre?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI , notez 1. →	Note
Au cours des 12 derniers mois , avez-vous pris des médicaments d'ordonnance ou reçu un traitement pour l' arthrite ou l' ostéoporose ?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI , notez 1. →	Note
Note totale – SECTION 3			Note

SECTION 4 – Compte tenu de votre note totale à la section 3, veuillez apposer vos initiales dans la case correspondant au plan auquel vous êtes admissible.

Si votre note totale à la SECTION 3 est SUPÉRIEURE À 4 , vous êtes admissible au Plan C et l' Exclusion 3 s'applique. Reportez-vous à la page 1 pour obtenir des précisions sur l'exclusion des <i>problèmes de santé</i> préexistants qui vous concerne, étant donné votre état de santé au cours des 12 mois précédant immédiatement la date d'effet de votre assurance.	Initiales
Si votre note totale à la SECTION 3 est de 3 ou 4 , vous êtes admissible au Plan B et l' Exclusion 2 s'applique. Reportez-vous à la page 1 pour obtenir des précisions sur l'exclusion des <i>problèmes de santé</i> préexistants qui vous concerne, étant donné votre état de santé au cours des 6 mois précédant immédiatement la date d'effet de votre assurance.	Initiales
Si votre note totale à la SECTION 3 est INFÉRIEURE À 3 , vous êtes admissible au Plan A et l' Exclusion 1 s'applique. Reportez-vous à la page 1 pour obtenir des précisions sur l'exclusion des <i>problèmes de santé</i> préexistants qui vous concerne, étant donné votre état de santé au cours des 3 mois précédant immédiatement la date d'effet de votre assurance.	Initiales
Si vous avez répondu NON à TOUTES les questions du questionnaire médical, vous êtes admissible au Plan A+ et AUCUNE exclusion des <i>problèmes de santé</i> préexistants ne s'applique.	Initiales

SECTION 5 – ACCORD ET AUTORISATION – Veuillez lire attentivement les déclarations ci-dessous.

Veuillez lire attentivement les déclarations importantes qui suivent. Après avoir lu et compris ces déclarations, apposez votre signature ci-après.

<ul style="list-style-type: none"> J'ai rempli moi-même le présent questionnaire médical et tous les renseignements que j'ai fournis sont complets et exacts. Je comprends parfaitement que si mes réponses sont incomplètes ou inexactes, la couverture sera alors nulle et sans effet. Il est entendu que les réponses que j'ai fournies sont déterminantes pour l'évaluation du risque et constituent le fondement de ma proposition d'assurance. Lorsque je ne savais pas comment répondre aux questions sur mes antécédents médicaux, j'ai consulté mon médecin. J'ai lu et compris l'information contenue dans la partie Instructions à l'intention du proposant, avant de remplir le questionnaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Je comprends qu'il est essentiel d'appeler le Centre d'assistance de l'assurance voyage Transat avant d'obtenir des soins médicaux au cours de mon voyage. Les instructions pour contacter le Centre d'assistance de l'assurance voyage Transat figurent dans la police ainsi que sur les cartes portefeuilles fournies par Assurance voyage Transat. Il est entendu que la Financière Manuvie, ses mandataires, administrateurs externes ou représentants légaux peuvent effectuer des vérifications pour toute demande de règlement. J'autorise tout hôpital, médecin, autre professionnel de la santé ou tout autre organisme ou personne qui possède des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé à fournir aux administrateurs externes, ainsi qu'à la Financière Manuvie et à ses réassureurs, toute information de cette nature aux fins de la présente proposition, du contrat et de toute demande de règlement y afférente.
Signature du proposant X	Date (jj/mm/aaaa)