

Questionnaire médical et proposition pour les canadiens en voyage agé 60 ou plus

Nom des proposants

Proposant 1

Date de naissance

Proposant 2

Date de naissance

À PROPOS DES QUESTIONS D'ORDRE MÉDICAL – Les questions d'ordre médical nous aident à établir votre admissibilité à l'assurance ainsi que le taux de prime applicable. Si vous ne savez pas comment répondre à certaines questions médicales, veuillez consulter votre médecin avant de remplir la présente proposition d'assurance.

Traitement ou traité – Hospitalisation, acte médical prescrit, posé ou recommandé par un médecin en lien avec un problème de santé. Sans se limiter à ce qui suit, voici quelques exemples : prescription de médicaments, tests médicaux à des fins d'investigation, intervention chirurgicale.

REMARQUE IMPORTANTE : Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens exclut les tests génétiques. Par test génétique, on entend un test qui analyse 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.

Étape 1 • Êtes-vous admissible à la couverture?

Tous les proposants doivent être couverts au titre d'un régime public d'assurance maladie canadien durant toute la période de couverture. N'est PAS ADMISSIBLE à cette assurance ni au Régime d'assurance avec tarification individuelle des risques médicaux toute personne qui :

- voyage contre l'avis d'un médecin;
- a une maladie en phase terminale ou un cancer métastatique;
- a besoin de dialyse rénale;
- a utilisé de l'oxygène à domicile ou s'en ait fait prescrire au cours des 12 derniers mois;
- a reçu une greffe de moelle osseuse, de cellules souches ou d'organe (sauf une greffe de cornée).

Si vous n'êtes pas admissible à cette assurance, NE REMPLISSEZ PAS cette proposition.

Étape 2 • Votre Déclaration – Veuillez lire attentivement ce qui suit avant de signer

Je suis admissible à demander à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) une assurance aux termes du contrat d'Assurance voyage Financière Manuvie. J'atteste que tous les renseignements que j'ai fournis dans la présente proposition d'assurance sont véridiques et complets. Je sais que les termes « *traitement* » ou « *traité* » sont employés dans le sens précis défini dans la présente proposition.

Je comprends que la couverture est soumise à diverses conditions, restrictions et exclusions (y compris les exclusions relatives aux problèmes de santé préexistants) pouvant avoir une incidence sur l'exigibilité et le montant des prestations en cas de sinistre. Il est entendu que si je dénature un fait important dans la présente proposition, Manuvie annulera mon contrat et je ne serai couvert par aucune garantie de ce contrat.

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 à la société désignée par Manuvie pour fournir des services d'assistance médicale et des services de règlement et/ou à 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.

En procédant à l'Étape 3, vous indiquez que vous êtes admissible à l'assurance et que vous avez lu et accepté le contenu de la déclaration ci-dessus.

Étape 3 • Une tarification individuelle des risques médicaux est-elle nécessaire?

	Proposant 1		Proposant 2	
1. Avez-vous subi un pontage coronarien, une angioplastie coronaire ou une chirurgie valvulaire il y a plus de dix (10) ans ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Au cours des trois (3) dernières années , avez-vous reçu un diagnostic ou suivi un <i>traitement</i> , ou vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris des médicaments pour deux (2) des affections suivantes (Si vous avez souffert d'une (1) seule de ces affections, répondez NON.) :				
• Affection cardiaque;				
• Affection pulmonaire (vous pouvez répondre « non » si vous avez pris, pour une seule crise, un ou plusieurs médicaments y compris les aérosols-doseurs ou inhalateurs– délivrés en vertu d'une ordonnance non renouvelable);				
• AVC (accident vasculaire cérébral) ou AIT (accident ischémique transitoire) (y compris la prise d'aspirine ou d'Entrophen pour cette affection);				
• Diabète (<i>traité</i> avec un médicament et/ou l'insuline);				
• Rétrécissement ou obstruction d'une ou de plusieurs artères des membres inférieurs (maladie vasculaire périphérique).	Oui	Non	Oui	Non
3. Au cours des deux (2) dernières années :				
a) Avez-vous reçu un diagnostic ou suivi un <i>traitement</i> , ou vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris des médicaments pour de l'insuffisance cardiaque ou de l'insuffisance cardiaque congestive; et/ou				
b) Avez-vous pris, ou vous a-t-on prescrit, du Lasix, du furosémide ou un diurétique à cause d'une enflure des chevilles ou des jambes, ou d'eau sur les poumons?	Oui	Non	Oui	Non

Étape 3 • suite

	Proposant 1		Proposant 2	
4. Au cours des douze (12) derniers mois , avez-vous :				
a) Reçu un nouveau diagnostic de maladie cardiaque ou souffert d'une maladie cardiaque préexistante pour laquelle vous avez été hospitalisé ou soigné au service des urgences d'un hôpital ou ayant nécessité un changement de médication; ou	Oui	Non	Oui	Non
b) Été <i>traité</i> pour un essoufflement ou des douleurs thoraciques; ou	Oui	Non	Oui	Non
c) Eu une affection pulmonaire pour laquelle vous avez été hospitalisé ou soigné au service des urgences d'un hôpital, ou pour lequel vous avez pris ou on vous a prescrit de la prednisone; ou	Oui	Non	Oui	Non
d) Eu un cancer ou reçu un <i>traitement</i> de chimiothérapie et/ou de radiothérapie et/ou tout autre <i>traitement</i> , qui n'était pas dans le cadre d'un examen de suivi, pour un cancer (sauf un carcinome cutané basocellulaire ou épidermoïde et un cancer du sein <i>traité</i> uniquement au moyen d'une hormonothérapie).	Oui	Non	Oui	Non
5. Au cours des quatre (4) derniers mois , vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris au moins six (6) médicaments sur ordonnance? N'incluez pas les médicaments suivants : hormonothérapie substitutive (pour la thyroïde ou la ménopause), médicaments pour l'ostéoporose ou la diarrhée du voyageur, ou toute forme d'immunisation. N'incluez pas non plus les médicaments topiques appliqués dans le nez, dans les oreilles, dans les yeux, sur le cuir chevelu ou sur la peau, sauf s'il s'agit d'une forme quelconque de nitroglycérine ou d'un médicament pour traiter l'angine.	Oui	Non	Oui	Non

Si vous devez répondre « **OUI** » à L'UNE des questions précédentes, **vous n'êtes pas admissible** à la présente assurance. Veuillez communiquer avec votre agent ou votre courtier pour obtenir une soumission à l'égard du Régime d'assurance avec tarification individuelle des risques médicaux pour couvrir vos affections préexistantes.

Si vous avez répondu « **NON** » à **TOUTES** les questions précédentes, vous pouvez souscrire l'assurance et passer à l'étape suivante.

Étape 4 • Votre catégorie de taux

Partie 1 • Usage du tabac

1. Au cours des deux (2) dernières années , avez-vous fumé des cigarettes et/ou fait usage de produits de vapotage ou vapoté des cigarettes électroniques?	Oui	Non	Oui	Non
---	-----	-----	-----	-----

Partie 2 • Établissement de la catégorie de taux

1. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de, ou avez-vous déjà été <i>traité</i> pour :	Oui	Non	Oui	Non
a) une affection cardiaque; et/ou				
b) l'une ou l'autre des affections suivantes :				
• anévrisme de l'aorte (y compris un anévrisme de l'aorte thoracique ou abdominale);				
• cirrhose du foie;				
• maladie de Parkinson;				
• maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence?	Oui	Non	Oui	Non
2. Au cours des trois (3) derniers mois , avez-vous pris ou vous a-t-on prescrit trois (3) médicaments ou plus pour traiter une hypertension artérielle?	Oui	Non	Oui	Non
3. Au cours des cinq (5) dernières années , avez-vous reçu un diagnostic ou un <i>traitement</i> , ou avez-vous pris ou vous a-t-on prescrit un médicament pour l'une des affections suivantes?				
• Affection pulmonaire (vous pouvez répondre « non » si vous avez pris, pour une seule crise, un ou plusieurs médicaments y compris les aérosols-doseurs ou inhalateurs – délivrés en vertu d'une ordonnance non renouvelable);	Oui	Non	Oui	Non
• AVC (accident vasculaire cérébral) ou AIT (accident ischémique transitoire) (y compris la prise d'aspirine ou d'Entrophen pour cette affection);	Oui	Non	Oui	Non
• Diabète (<i>traité</i> avec un médicament et/ou l'insuline);	Oui	Non	Oui	Non
• Rétrécissement ou obstruction d'une ou de plusieurs artères des membres inférieurs ou du cou.	Oui	Non	Oui	Non

Si vous avez répondu « **OUI** » à L'UNE des questions de l'Étape 4 • Partie 2, vous êtes admissible à la catégorie de taux C.

Si vous avez répondu « **NON** » à **TOUTES** les questions de l'Étape 4 • Partie 2, vous devez répondre aux questions de l'Étape 4 • Partie 3.

Partie 3 • Établissement de la catégorie de taux

1. Au cours des deux (2) dernières années , avez-vous reçu un diagnostic ou un <i>traitement</i> , ou avez-vous pris ou vous a-t-on prescrit un médicament pour l'une des affections suivantes?	Oui	Non	Oui	Non
• Saignement gastro-intestinal ou occlusion intestinale ou chirurgie intestinale;	Oui	Non	Oui	Non
• Trouble intestinal chronique (y compris, mais sans s'y limiter, la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse);	Oui	Non	Oui	Non
• Trouble du foie ou des reins (y compris les calculs rénaux) ou pancréatite;	Oui	Non	Oui	Non
• Trouble de la vésicule biliaire, y compris les calculs biliaires; ne s'applique pas en cas d'ablation de la vésicule biliaire.	Oui	Non	Oui	Non
2. Au cours des deux (2) dernières années , est-ce qu'un hématalogue ou un interniste vous a diagnostiqué un trouble sanguin ou <i>traité</i> pour un tel trouble?	Oui	Non	Oui	Non
3. Êtes-vous âgé de plus de 70 ans et avez-vous fait une chute pour laquelle vous avez consulté à un médecin au cours des six (6) derniers mois ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Au cours des six (6) derniers mois , avez-vous reçu des conseils ou un <i>traitement</i> plus de deux (2) fois dans la salle d'urgence d'un hôpital?	Oui	Non	Oui	Non

Si vous avez répondu « **OUI** » à L'UNE des questions de l'Étape 4 • Partie 3, vous êtes admissible à la catégorie de taux B.

Si vous avez répondu « **NON** » à **TOUTES** les questions de l'Étape 4 • Partie 3, vous êtes admissible à la catégorie de taux A.

VOTRE SIGNATURE CONFIRME VOTRE DÉCLARATION, VOTRE ADMISSIBILITÉ ET LES RÉPONSES À TOUTES LES QUESTIONS D'ORDRE MÉDICAL DANS LE PRÉSENT DOCUMENT.

Signature du proposant 1

Signature du proposant 2

Date

L'Assurance voyage Financière Manuvie est offerte par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

Les régimes sont établis par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) et La Nord-américaine, première compagnie d'assurance, filiale en propriété exclusive de Manuvie. Manuvie, Manuvie & M stylisé, et le M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisées par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence. © La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2019. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande. Rendez-vous à l'adresse [Manuvie.ca/accessibilite](https://www.manuvie.ca/accessibilite) pour obtenir de plus amples renseignements.

AT0190AF-2019

190374 11/19