

Le présent questionnaire médical doit être rempli par les **proposants de 60 ans et plus** qui veulent souscrire le **régime Soins médicaux d'urgence**, le **Régime annuel Soins médicaux** et le **Régime annuel Tous risques**. Les réponses qui y sont fournies permettront d'établir votre admissibilité à l'assurance et, si vous êtes admissible, le régime auquel vous avez droit. Il est de votre responsabilité de comprendre votre couverture. Si vous avez des questions, contactez-nous au 1 800 263-2356.

## INSTRUCTIONS À L'INTENTION DU PROPOSANT

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>1</b><br>Vous devez fournir des réponses complètes et véridiques. Vos antécédents médicaux feront l'objet d'une vérification en cas de demande de règlement. Si vous avez fourni une <b>réponse incomplète ou inexacte à l'une ou l'autre des questions, votre couverture sera nulle et non avenue (même si les réponses inexactes n'ont aucun rapport avec l'objet de la demande de règlement)</b> . | <b>2</b><br>Si vous avez le moindre doute sur la façon de répondre à une question sur votre <b>problème de santé</b> , vous devez consulter votre médecin pour lui demander son avis et pour vous assurer que vos réponses sont correctes. | <b>3</b><br><b>Vous</b> seul, le proposant, pouvez remplir et signer votre Questionnaire médical Transat. Votre conjoint et votre agent de voyage ne peuvent pas vous aider à remplir ce document. | <b>4</b><br>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. |
|--|--|--|--|

## CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

Vous **ne pouvez pas souscrire la couverture** au titre de cette assurance dans les cas suivants :

- un médecin vous a conseillé de **ne pas voyager** pour le moment;
- vous avez **déjà** subi ou vous **attendez** de subir une **greffe de moelle osseuse** ou une **greffe d'organe** (sauf une greffe de la cornée);
- vous avez eu besoin de **dialyse rénale** au cours des **12 derniers mois**;
- on vous a prescrit ou vous avez fait usage d'**oxygène à domicile** au cours des **12 derniers mois**;
- vous avez reçu un diagnostic de **maladie en phase terminale** pour laquelle un médecin a estimé votre espérance de vie à moins de **6 mois** au cours des **2 dernières années**.

Si **l'une** des déclarations ci-dessus **s'applique dans votre cas**, **vous ne pouvez pas souscrire cette assurance**. Ne remplissez pas la page 2 du questionnaire médical. Si **aucune** des déclarations ci-dessus ne **s'applique dans votre cas**, veuillez continuer.

## TARIFICATION INDIVIDUELLE DES RISQUES MÉDICAUX

Si **aucune** des déclarations dans la section **Conditions d'admissibilité** ne s'applique dans votre cas et que vous voulez vous prévaloir d'une **assurance couvrant vos problèmes de santé préexistants**, composez le **1 855 857-5921** pour demander une **tarification individuelle des risques médicaux**.

Vous pourrez peut-être obtenir une soumission pour **un régime Soins médicaux d'urgence Voyage unique qui couvre vos problèmes de santé préexistants**.

Si vous ne voulez pas demander une tarification individuelle des risques médicaux, veuillez remplir la page 2 du questionnaire médical. **Dans certains cas, la couverture peut faire l'objet d'une exclusion pour problèmes de santé préexistants.**

## DÉFINITIONS

**Affection cardiaque** – Toute affection touchant votre cœur. Il peut s'agir, entre autres, de ce qui suit :

- résultat anormal d'examen cardiaque;
- fibrillation auriculaire;
- douleurs thoraciques, malaise causé par votre cœur ou angine de poitrine;
- insuffisance cardiaque, crise cardiaque, infarctus du myocarde ou arrêt cardiaque;
- souffle cardiaque (sauf s'il s'agit d'un souffle cardiaque que vous aviez durant votre enfance et dont vous ne souffrez plus à l'âge adulte, selon votre médecin);
- rétrécissement ou obstruction d'une artère coronaire, ou maladie coronarienne;
- toute chirurgie cardiaque antérieure, entre autres angioplastie, pontage, valvuloplastie, remplacement valvulaire, ablation cardiaque, transplantation cardiaque ou intervention chirurgicale pour toute maladie cardiaque congénitale;
- toute valvulopathie ou tout rythme cardiaque rapide, lent ou irrégulier pour lequel votre médecin vous a prescrit des médicaments ou pour lequel vous avez subi une intervention chirurgicale ou une cardioversion;
- traitement** au moyen d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur cardiaque;
- eau sur les poumons ou enflure des chevilles en raison d'un trouble cardiaque.

**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, ou prescription d'un nouveau médicament. **Exceptions** : le 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 récemment) visant à contrôler la concentration de ce médicament dans votre sang, et le remplacement d'un médicament de marque par un médicament générique dont la posologie est la même.

**Problème de santé** – Trouble de santé, maladie ou blessure (y compris les symptômes de conditions non diagnostiquées).

**Problème de santé préexistant** – Tout **problème de santé** qui existe avant la date d'effet de votre assurance.

**Stable** – Un **problème de santé** est considéré comme **stable** lorsque tous les énoncés suivants sont vrais :

- Aucun nouveau **traitement** n'a été prescrit ou recommandé, ou le **traitement** en cours n'a pas été modifié ni interrompu; et
- Aucun **changement de médication** ou aucun autre médicament n'a été recommandé ou prescrit; et
- Le **problème de santé** ne s'est pas aggravé; et
- Aucun nouveau symptôme n'est apparu, ou il n'y a eu aucune aggravation ou augmentation de la fréquence des symptômes existants; et
- Il n'y a eu aucune hospitalisation ou recommandation de consulter un spécialiste; et
- Il n'y a aucun examen, test médical à des fins d'investigation ou **traitement** recommandé, non complétés, ou pour lesquels les résultats sont attendus; et
- Il n'y a aucun **traitement** planifié ou en attente.

Toutes les conditions ci-dessus doivent être remplies pour qu'un **problème de santé** soit considéré comme **stable**.

**Traité, traiter ou traitement** – 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.

## AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans la proposition sont nécessaires à son traitement. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, Manuvie créera un « dossier de services financiers » contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la proposition, offrir et administrer les services et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, 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 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 se trouver dans des ressorts situés à l'extérieur du Canada et être soumis aux lois en vigueur dans ces ressorts. Votre dossier sera gardé en lieu sûr dans nos bureaux ou ceux de notre administrateur ou mandataire. Vous pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, P.O. Box 1602, Waterloo, Ontario N2J 4C6. Pour en savoir plus sur la Politique de protection des renseignements personnels de Manuvie – Division canadienne, veuillez visiter <https://www.manulife.com/fr/privacy-policy.html>. Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande. Rendez-vous à l'adresse [Manuvie.ca/accessibilite](https://www.manulife.com/accessibilite) pour obtenir de plus amples renseignements.

Nom de famille, prénom		Code d'utilisateur dans le système	Code d'agence avec TDC	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 à domicile ( )	N° de téléphone au bureau ( )	Courriel (facultatif)		Pays de destination	N° de téléphone à destination

### SECTION 1 ACCORD ET AUTORISATION

Veuillez lire attentivement les déclarations importantes qui suivent. Après avoir lu et compris ces déclarations, apposez votre signature ci-après et continuez de remplir le questionnaire médical Transat.

- Je vais remplir moi-même le présent questionnaire médical et tous les renseignements que je fournirai seront complets et exacts. **Je comprends parfaitement que si mes réponses sont incomplètes ou inexactes, la couverture sera alors nulle et non avenue.** 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 **Conditions d'admissibilité à la page 1**, avant de remplir le questionnaire.
- J'ai lu et compris l'information contenue dans les parties **Instructions à l'intention du proposant** et **Définitions à la page 1**, avant de remplir le questionnaire.
- 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 Manuvie, ses mandataires, administrateurs externes ou représentants juridiques 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 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)

### SECTION 2

- Avez-vous **déjà reçu un diagnostic** et/ou suivi un **traitement** et/ou été **hospitalisé** et/ou vous a-t-on **prescrit** et/ou **avez-vous pris** des médicaments pour **une affection cardiaque de quelque sorte que ce soit** ou un **anévrisme**?  NON  OUI
- Avez-vous **déjà reçu un diagnostic d'AVC (accident vasculaire cérébral)** et de **diabète** et/ou suivi un **traitement** et/ou été **hospitalisé** et/ou **pris** des médicaments pour ces deux affections et/ou vous a-t-on **prescrit** des médicaments pour ces deux affections?  NON  OUI
- Au cours des **5 dernières années**, avez-vous **reçu un diagnostic** et/ou suivi un **traitement** et/ou été **hospitalisé** et/ou vous a-t-on **prescrit** et/ou **avez-vous pris** des médicaments pour un **cancer métastatique**?  NON  OUI
- Au cours des **12 derniers mois**, vous a-t-on prescrit et/ou avez-vous pris du **Lasix** ou du **furosémide**, quelle qu'en soit la raison?  NON  OUI
- Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous **reçu un diagnostic** et/ou suivi un **traitement** et/ou vous a-t-on conseillé de consulter un **médecin spécialiste** et/ou êtes-vous **allé dans une clinique spécialisée** et/ou avez-vous été **hospitalisé** et/ou vous a-t-on **prescrit** et/ou **avez-vous pris** des médicaments pour l'**une** des affections suivantes?
 

• <b>AVC (accident vasculaire cérébral)</b> ou <b>AIT (accident ischémique transitoire)</b> (y compris la prise d'aspirine ou d'Entrophen pour cette affection) ou <b>blocage ou rétrécissement des artères de la jambe</b> ou des jambes (maladie vasculaire périphérique)	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
• <b>diabète</b> traité par l'insuline ou un médicament	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
• affection <b>pulmonaire</b> (y compris les affections traitées au moyen d'un ou de plusieurs aérosols-doseurs ou d'un ou plusieurs inhalateurs, sauf s'il s'agit d'une seule prescription non renouvelée utilisée pour une seule manifestation de l'affection)	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
• <b>cancer</b> (sauf un carcinome cutané basocellulaire ou épidermoïde et un cancer du sein traité uniquement au moyen d'une hormonothérapie)	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
• affection du <b>foie</b> ou <b>pancréatite</b> ou troubles de la <b>vésicule biliaire</b>	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
• troubles <b>rénaux</b> (sauf les calculs rénaux)	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
• affection <b>gastro-intestinale</b> (y compris le <b>saignement gastro-intestinal</b> ) ou <b>occlusion</b> ou <b>chirurgie intestinale</b> ou troubles <b>intestinaux chroniques</b>	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI

Si vous avez répondu **Oui** à l'**une** des questions de la **section 2**, vous ne pouvez pas souscrire la présente assurance. Vous pouvez composer le **1 855 857-5921** pour demander une tarification individuelle des risques médicaux. Vous pourrez peut-être obtenir une soumission pour un **régime Soins médicaux d'urgence Voyage unique** qui couvre vos **problèmes de santé préexistants**.

Si vous avez répondu **Non** à **toutes** les questions de la **section 2**, apposez votre signature ici et veuillez continuer pour répondre aux questions de la **section 3** ci-après.



Initiales

### SECTION 3

- Au cours des **2 dernières années**, avez-vous fait usage de **produits du tabac de quelque type que ce soit**?  NON  OUI
- Votre dernier **examen médical de routine** remonte-t-il à plus de **18 mois**?  NON  OUI
- En cas de tension artérielle élevée (ou hypertension) :**
  - Prenez-vous **actuellement** des médicaments pour le **traitement** ou la prévention de l'**hypertension**?  NON  OUI
  - Vous a-t-on prescrit des médicaments pour le **traitement** ou la prévention de l'**hypertension** que vous avez décidé de ne pas prendre?  NON  OUI
- Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous **pris des médicaments d'ordonnance** et/ou **reçu un autre traitement** pour l'**arthrite** ou l'**ostéoporose**?  NON  OUI

Veuillez apposer vos initiales à côté du régime et de l'exclusion qui s'appliquent dans votre cas compte tenu de vos réponses aux questions de la section 3.

Si vous avez répondu **Oui** à l'**une** des questions de la **section 3**, vous êtes admissible au **Régime A**. Nous ne couvrons pas les frais liés à un **problème de santé préexistant** ou **problème de santé** connexe qui n'était **pas stable** dans les **3 mois** précédant la date d'effet de votre assurance.

Si vous avez répondu **Non** à **toutes** les questions du questionnaire médical au complet, vous êtes admissible au **Régime A+** et n'êtes assujéti à **aucune exclusion pour problèmes de santé préexistants**.



Régime A

Initiales



Régime A+

Initiales