

Proposition

Courtier ou agent de vente :



Appelez pour obtenir une soumission.

Sans frais : 1 877 432-5118

quote@spcs-ins.com

www.spcs-ins.com



20 47 APP FCA 0817 000

ADMISSIBILITÉ

1. Le proposant doit :

- a) être âgé de 15 jours ou plus et de 65 ans ou moins ;
- b) être un étudiant ou une personne à charge de l'étudiant couvert ;
- c) ne pas être admissible à un régime public d'assurance maladie au Canada ; et
- d) ne doit pas connaître de raison pour laquelle il devrait recevoir des soins médicaux au moment de la souscription.

Note : Chaque étudiant et chaque personne à charge doivent faire une demande individuelle ; ils seront couverts en vertu de contrats d'assurance séparés, pourvu que les primes exigées aient été payées. Vous trouverez les définitions d'« étudiant » et de « personne à charge » au verso de ce document.

RENSEIGNEMENTS sur le PROPOSANT

Nom :		Prénom :	
Genre : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Personne à charge	Nom de l'étudiant couvert :	
Pays d'origine :	Date de naissance (J/M/A) : / /	Date d'arrivée au Canada (J/M/A) : / /	
Si vous êtes étudiant, veuillez joindre une preuve d'inscription et d'entrée dans un établissement d'enseignement canadien reconnu.		Nom de l'établissement :	
Adresse au Canada :			
Ville :	Province :	Code postal :	
Téléphone :	Télécopieur :	Courriel :	
Bénéficiaire en cas de décès :			

PÉRIODE D'ASSURANCE et MODE DE PAIEMENT

Date d'effet (J/M/A) : / /	Date de fin (J/M/A) : / /	Nombre de jours :
Tarif journalier :	Prime totale due (prime minimale 25 \$) :	
<input type="checkbox"/> Argent <input type="checkbox"/> Chèque certifié / Mandat bancaire <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Chèque tiré à l'ordre du courtier ou de l'agent de vente indiqué au début de la proposition.		
N° de carte de crédit : _____	Date d'expiration (M/A) : ____/____	
Signature du titulaire de la carte : _____		

AUTORISATION MÉDICALE et DÉCLARATION

Par les présentes, je demande à souscrire ce contrat d'assurance. Je suis en bonne santé et je ne connais pas de raison pour laquelle je devrais recevoir des soins médicaux.

Je comprends que cette assurance pour urgences médicales est assujettie à certaines limites et restrictions. Je suis au courant que les affections préexistantes peuvent être exclues comme stipulé dans le contrat d'assurance à la partie Limites et restrictions. De plus, je certifie que les renseignements fournis dans cette proposition sont exacts et que je comprends ce qu'est une période d'attente comme précisée ci-dessous :

- a) À l'égard de toute maladie, si vous avez souscrit votre assurance dans les 30 jours suivant votre arrivée au Canada, vous n'aurez droit à aucun remboursement pour une maladie contractée ou traitée, ou des symptômes apparus dans les 48 heures suivant la date d'effet de ce contrat d'assurance.
- b) À l'égard de toute maladie, si vous avez souscrit votre assurance 30 jours ou plus après votre arrivée au Canada, vous n'aurez droit à aucun remboursement pour une maladie contractée ou traitée, ou des symptômes apparus dans les sept (7) jours après la date d'effet de ce contrat d'assurance.

Exception : Cette exclusion ne s'applique pas si ce contrat d'assurance est souscrit à la date d'expiration (ou avant) d'un contrat d'Assurance voyage urgence médicale pour étudiants internationaux déjà émis par l'assureur pour qu'il prenne effet à la date suivant telle date d'expiration. 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.

Je comprends que la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances ainsi que Gestion Global Excel inc. peuvent examiner ma demande de règlement. En signant la présente proposition, j'autorise tout médecin, professionnel de la santé, hôpital ou autre établissement de santé, pharmacien, le ministère de la Santé ou toute autre personne m'ayant traité ou examiné ou pouvant détenir un dossier ou des renseignements sur ma personne ou mon état de santé, à transmettre à la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances, et à Gestion Global Excel inc., tout renseignement relatif à une maladie, blessure, des antécédents médicaux, consultations, médicaments ou traitements me concernant ainsi que des copies de tous mes dossiers hospitaliers et médicaux dans le but d'examiner ma demande de règlement.

Signature du proposant : _____ Date (J/M/A) : ____ / ____ / ____

Signature du parent ou du tuteur légal : _____ Date (J/M/A) : ____ / ____ / ____

(si le proposant est âgé de moins de 16 ans)

Réservé au bureau

N° du contrat :	Date d'entrée en vigueur (J/M/A) :	Date d'expiration (J/M/A) :	Prime payée :
-----------------	------------------------------------	-----------------------------	---------------

BARÈME DES TAUX	ÉTUDIANT	PERSONNE À CHARGE
Taux quotidiens	1,45 \$	1,63 \$

Les taux et les produits décrits peuvent être modifiés sans préavis.

Demande par télécopieur : Si vous faites votre demande par télécopieur, veuillez effectuer votre paiement par carte de crédit. Les chèques certifiés et les mandats seront acceptés par la poste à condition d'être reçus dans les 10 jours ouvrables suivant la date de la demande. Aucune couverture ne sera en vigueur avant que la prime exigée soit payée.

AVIS IMPORTANT

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.

DÉFINITIONS

« **Étudiant** » signifie :

- a) un étudiant admissible arrivé au Canada, admis et inscrit à un minimum de 60 % des cours habituellement exigés pour le programme auquel il est inscrit et offert dans un établissement d'enseignement canadien reconnu ; ou
- b) un étudiant inscrit à un programme postdoctoral dans un établissement d'enseignement reconnu.

« **Personne(s) à charge** » signifie :

- a) un conjoint, âgé de 65 ans ou moins, avec lequel l'étudiant couvert est marié légalement ou avec lequel l'étudiant vit dans une relation conjugale depuis au moins les 12 derniers mois ; ou
- b) un enfant non marié qui dépend de l'étudiant couvert pour sa survie et qui est âgé d'un minimum de 15 jours et d'un maximum de 22 ans ou moins, ou de 25 ans ou moins s'il est étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement canadien reconnu ; ou
- c) un enfant de plus de 22 ans si la personne à charge est une personne atteinte d'une déficience physique ou intellectuelle de façon permanente et incapable de subvenir à ses propres besoins à la date de souscription.