

Section 3 Autres parties à assurer

Remplir uniquement si vous demandez une garantie familiale.

Pour être admissible à la couverture, vous devez :

- être âgé entre au moins 15 jours et 75 ans inclusivement; et
- être assuré en vertu d'un régime d'assurance maladie du gouvernement canadien pendant toute la période d'assurance.

- Énoncez ci-après tous les membres de la famille (conjoint, conjoint de fait ou enfants à charge de moins de 21 ans et jusqu'à 25 ans s'ils fréquentent un collège ou une université à temps plein), du plus âgé au plus jeune et, s'il y a lieu, le nom de l'aide familial* de vos enfants. Si vous faites également une demande d'assurance voyage complémentaire, veuillez cocher les cases de la dernière colonne pour indiquer les personnes qui partent en voyage et qui utiliseront cette couverture, et assurez-vous de remplir la section 8.

N.B. : Si le proposant voyage aussi en vertu de l'assurance voyage complémentaire, cochez ici :

Prénom et nom de famille	Lien de parenté (conjoint, conjoint de fait, enfant ou aide familial)	Date de naissance (jour/mois/année)	Étudiant à temps plein?	Déficiência mentale ou physique?	Assuré en vertu d'un régime d'assurance maladie d'État?	Assurance voyage complémentaire?
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez besoin d'espace pour ajouter d'autres personnes, continuez sur une feuille volante.

* Un aide familial peut également être assuré. Un aide familial est une personne âgée d'au moins 18 ans qui n'est pas apparentée à vous par les liens du sang ou du mariage et qui est employée à temps plein pour prendre soin des enfants dans votre résidence familiale. La couverture pour l'aide familial s'applique lorsque cette personne voyage avec vos enfants à charge.

COUVERTURE DEMANDÉE

Section 4 Détails

1. A. Type de garantie

- Atout voyage (couverture médicale)
- Atout Plus voyage (couverture médicale et assurance contre les accidents d'avion, la perte de bagages et l'annulation de voyage)

B. Durée maximum par voyage :

- 15 jours 30 jours 60 jours 90 jours

- C. Garantie individuelle Garantie familiale

- La couverture d'assurance voyage est en vigueur pendant 1 an à partir de la date de réception de votre proposition et de votre paiement de prime par le CDSPI. Cependant, vous êtes libre d'indiquer une date ultérieure d'entrée en vigueur :

 | | | | | | |

 Jour Mois Année

*Le paiement de votre prime est exigible dès que nous aurons reçu votre proposition.

Section 5 Bénéficiaires – Remplir UNIQUEMENT si vous demandez l'assurance Atout Plus voyage

1. Énoncez ci-dessous les premiers bénéficiaires et les bénéficiaires subsidiaires de l'assurance **Atout Plus voyage** de la personne à assurer. De plus, si vous demandez une couverture familiale de l'assurance Atout Plus voyage, énoncez les premiers bénéficiaires et les bénéficiaires subsidiaires de votre conjoint.

Si le bénéficiaire désigné est révocable, vous pourrez changer le bénéficiaire et la couverture n'importe quand sans le consentement du bénéficiaire. Dans le cadre d'une désignation de bénéficiaire irrévocable, le consentement écrit du bénéficiaire sera exigé pour changer le bénéficiaire, réduire la couverture, résilier la police ou y apporter tout changement qui pourrait affecter la valeur ou les droits de propriété de la police.

Sauf dans le cas d'un conjoint désigné comme bénéficiaire, au Québec (voir ci-dessous), une désignation de bénéficiaire sera révocable à moins que vous n'effectuiez une désignation irrévocable (pour des raisons visant à satisfaire aux exigences d'un jugement de divorce, d'un accord de séparation, d'une ordonnance d'un tribunal ou d'une entente d'assurance d'associés) en cochant la case appropriée dans la colonne « irrévocable » ci-dessous.

Au Québec, un conjoint nommé comme bénéficiaire est réputé être irrévocable à moins que vous ne spécifiez que la désignation est révocable en cochant la case appropriée dans la colonne afférente au Québec ci-dessous.

Si vous nommez un mineur comme bénéficiaire, veuillez fournir le nom du fiduciaire habilité à recevoir toute somme payable au bénéficiaire mineur après le décès de la personne à assurer.

Par ailleurs, si vous nommez plus d'un premier bénéficiaire, veuillez indiquer le pourcentage du capital-décès que chaque bénéficiaire doit recevoir. Si aucun pourcentage n'est indiqué, le capital-décès sera divisé de façon égale entre chacun des premiers bénéficiaires admissibles survivants. Vous pouvez également désigner un ou plusieurs bénéficiaires subsidiaires qui recevront le capital-décès si : (a) aucun des premiers bénéficiaires n'est vivant au moment où le capital-décès est payable; ou (b) un tribunal décide que les premiers bénéficiaires ne sont pas admissibles.

Remarque : Si vous manquez d'espace, cochez cette case et joignez une feuille volante signée et datée. Veuillez reprendre le même format utilisé ci-dessous, y compris la répartition en pourcentage si vous nommez des bénéficiaires multiples.

A. Personne à assurer (remplir dans tous les cas) :

	Nom au complet (Nom de famille, prénom, deuxième prénom ou initiale)	Lien de parenté avec la personne à assurer	Proportion (%)	Cochez <u>seulement</u> pour désigner un bénéficiaire irrévocable (voir ci-dessus)	Au Québec, cochez pour désigner le conjoint comme bénéficiaire révocable
Premier bénéficiaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premier bénéficiaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premier bénéficiaire					
Premier bénéficiaire					
Total 100 %					
Bénéficiaire subsidiaire				S/0	<input type="checkbox"/>
Bénéficiaire subsidiaire				S/0	<input type="checkbox"/>

B. Conjoint (remplir uniquement si vous demandez la garantie familiale) :

	Nom au complet (Nom de famille, prénom, deuxième prénom ou initiale)	Lien de parenté avec la personne à assurer	Proportion (%)	Cochez <u>seulement</u> pour désigner un bénéficiaire irrévocable (voir ci-dessus)	Au Québec, cochez pour désigner le conjoint comme bénéficiaire révocable
Premier bénéficiaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premier bénéficiaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premier bénéficiaire					
Premier bénéficiaire					
Total 100 %					
Bénéficiaire subsidiaire				S/0	<input type="checkbox"/>
Bénéficiaire subsidiaire				S/0	<input type="checkbox"/>

2. Si vous avez nommé un mineur comme bénéficiaire, veuillez fournir le nom du fiduciaire habilité à recevoir toute somme payable au bénéficiaire mineur après le décès de la personne à assurer.

A. Nom du bénéficiaire : _____

B. Nom du fiduciaire : _____

- C. Lien de parenté entre le fiduciaire et la personne à assurer :

N.B. : Si un enfant est couvert en vertu de cette assurance, le proposant est automatiquement désigné comme bénéficiaire de la couverture de l'enfant.

CALCUL DU PAIEMENT ANNUEL

Section 6 Garantie individuelle

1. A. D'après les tableaux Atout voyage ou Atout *Plus* voyage ci-dessous, inscrivez la prime qui s'applique à vous :

_____ \$

B. D'après les tableaux ci-dessous, inscrivez la taxe provinciale :

Atout *Plus* voyage – seulement dans les provinces suivantes : SK, MB, ON, QC et T.-N.-L.

+ _____ \$

C. Additionnez la prime et la taxe et joignez le paiement de :

= _____ \$

Section 7 Garantie familiale

1. A. En utilisant l'âge des deux membres de la famille les plus âgés et d'après les tableaux Atout voyage ou Atout *Plus* voyage ci-dessous, inscrivez la prime pour chacune de ces personnes :

Premier assuré

Deuxième assuré

_____ \$

_____ \$

B. D'après les tableaux ci-dessous, inscrivez la taxe provinciale :

Atout *Plus* voyage – seulement dans les provinces suivantes : SK, MB, ON, QC et T.-N.-L.

+ _____ \$

_____ \$

C. Additionnez les primes et les taxes :

= _____ \$

+ _____ \$

D. Faites le total des deux sommes finales et joignez le paiement de :

= _____ \$

ATOUT VOYAGE

Âge	15 jours	30 jours	60 jours	90 jours
50 ans ou moins	54,03 \$	64,84 \$	185,71 \$	304,57 \$
51 à 65 ans	88,56 \$	106,28 \$	211,49 \$	381,94 \$
66 à 75 ans	187,62 \$	225,14 \$	428,11 \$	746,68 \$

ATOUT PLUS VOYAGE

Âge	15 jours	30 jours	60 jours	90 jours
50 ans ou moins	237,81 \$	285,36 \$	396,86 \$	515,23 \$
51 à 65 ans	270,56 \$	324,69 \$	421,77 \$	587,45 \$
66 à 75 ans	430,26 \$	516,31 \$	707,60 \$	1 009,20 \$

ATOUT PLUS VOYAGE – TAXE QUI S'APPLIQUE DANS LES PROVINCES SUIVANTES : SK, MB, ON, QC ET T.-N.-L.

	15 jours	30 jours	60 jours	90 jours
Saskatchewan				
50 ans ou moins	14,27 \$	17,12 \$	23,81 \$	30,91 \$
51 à 65 ans	16,23 \$	19,48 \$	25,31 \$	35,25 \$
66 à 75 ans	25,82 \$	30,98 \$	42,46 \$	60,55 \$
Manitoba				
50 ans ou moins	16,65 \$	19,98 \$	27,78 \$	36,07 \$
51 à 65 ans	18,94 \$	22,73 \$	29,52 \$	41,12 \$
66 à 75 ans	30,12 \$	36,14 \$	49,53 \$	70,64 \$
Ontario				
50 ans ou moins	19,02 \$	22,83 \$	31,75 \$	41,22 \$
51 à 65 ans	21,64 \$	25,98 \$	33,74 \$	47,00 \$
66 à 75 ans	34,42 \$	41,30 \$	56,61 \$	80,74 \$
Québec				
50 ans ou moins	21,40 \$	25,68 \$	35,72 \$	46,37 \$
51 à 65 ans	24,35 \$	29,22 \$	37,96 \$	52,87 \$
66 à 75 ans	38,72 \$	46,47 \$	63,68 \$	90,83 \$
Terre-Neuve-et-Labrador				
50 ans ou moins	35,67 \$	42,80 \$	59,53 \$	77,28 \$
51 à 65 ans	40,58 \$	48,70 \$	63,27 \$	88,12 \$
66 à 75 ans	64,54 \$	77,45 \$	106,14 \$	151,38 \$

Section 8 Couverture d'assurance supplémentaire

1. Assurance voyage complémentaire :

Votre assurance voyage vous couvre pendant un nombre de jours limité par voyage. L'assurance voyage complémentaire vous permet de prolonger votre couverture en cas d'urgence en vue d'un voyage donné. Veuillez remplir cette section si vous avez besoin d'une couverture supplémentaire. Votre voyage commence à la date à laquelle vous quittez votre province de résidence.

A. Date de départ :

Jour			Mois			Année			

B. Date de retour :

Jour			Mois			Année			

C. Nombre de jours complémentaires* :

--	--	--	--	--

D. Taux journalier (du tableau ci-dessous) : x

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 \$

Remarque : Pour la garantie familiale, ajoutez les taux applicables aux deux voyageurs les plus âgés.

E. Paiement total (C x D) : =

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 \$

* Le nombre de jours complémentaires correspond au nombre de jours de votre voyage dépassant 15, 30, 60 ou 90 jours selon le nombre de jours en vigueur au titre de votre contrat annuel.

TAUX JOURNALIERS			
Nombre de jours par voyage	Âge		
	50 ans ou moins	51 à 65 ans	66 à 75 ans
1-59	2,39 \$	2,86 \$	5,16 \$
60-89	2,98 \$	3,21 \$	7,16 \$
90-119	4,66 \$	4,68 \$	10,29 \$
120-149	5,08 \$	5,21 \$	11,91 \$
150-183	5,49 \$	6,27 \$	12,22 \$

2. Assurance supplémentaire contre l'annulation de voyage :

L'assurance contre l'annulation de voyage (offerte uniquement avec Atout Plus voyage) propose un montant de couverture de base de 2 000 \$ par assuré. Il est possible d'obtenir une majoration de couverture contre l'annulation de voyage à chaque voyage, d'après la valeur du billet de transport. (Couvertures maximales : garantie individuelle de 15 000 \$ ou garantie familiale de 30 000 \$ couvrant deux personnes ou plus indépendamment du nombre de personnes dans la famille.) Veuillez remplir cette section seulement si vous avez besoin d'une telle assurance supplémentaire. **N.B. : L'assurance supplémentaire est offerte uniquement par tranches de 100 \$.**

A. Cette assurance **supplémentaire** est pour (cocher toutes les personnes à qui elle s'applique) :

Taux par 100 \$	
65 ans et moins	5,40 \$
Plus de 65 ans	8,79 \$

Montant supplémentaire demandé (multiple de 100 \$ seulement) :

- Demandeur _____ \$
Montant demandé divisé par 100 : _____
x taux par 100 \$: _____ \$ (A)
- Conjoint _____ \$
Montant demandé divisé par 100 : _____
x taux par 100 \$: _____ \$ (B)
- Enfant(s)
Nom de l'enfant : _____ \$
Montant demandé divisé par 100 : _____
x taux par 100 \$: _____ \$ (C)
- Nom de l'enfant : _____ \$
Montant demandé divisé par 100 : _____
x taux par 100 \$: _____ \$ (D)
- Nom de l'enfant : _____ \$
Montant demandé divisé par 100 : _____
x taux par 100 \$: _____ \$ (E)
- Aide familial _____ \$
Nom de l'aide familial : _____ \$
Montant demandé divisé par 100 : _____
x taux par 100 \$: _____ \$ (F)

B. Montant avant la taxe : (a+b+c+d+e+f) : _____ \$

C. Ajouter la taxe provinciale; s'applique seulement aux résidents de la Saskatchewan (6 %), du Manitoba (7 %), de l'Ontario (8 %), du Québec (9 %) et de Terre-Neuve-et-Labrador (15 %) : _____ \$

D. Montant total pour l'assurance supplémentaire contre l'annulation de voyage (B + C) : _____ \$

E. Date de départ :

Jour			Mois			Année			

F. Date de retour :

Jour			Mois			Année			

DÉCLARATION ET AUTORISATION

Section 10 À lire, signer et dater par la personne à assurer ou l'assuré au second degré*

Je demande par la présente à CUMIS, membre du groupe de sociétés Co-operators, l'assurance voyage offerte par le CDSPI. Je reconnais avoir lu l'Avis sur la vie privée et la confidentialité qui figure au bas de la page et j'en confirme mon accord.

Je/Nous déclare/déclarons que les renseignements donnés sont complets et exacts autant que je/nous sache/sachions. Je/Nous comprends/comprenons que le questionnaire et la proposition font partie intégrante de la convention d'assurance voyage établie par CUMIS et administrée par le CDSPI. Je/Nous comprends/comprenons de plus que toute fausse déclaration ou non-divulgation se rapportant à un état de santé qui est indiqué dans le présent questionnaire sur la santé et qui donne lieu à un sinistre peut entraîner le non-paiement de ce sinistre. Tout état de santé que j'ai/nous avons maintenant mais que je n'ai/nous n'avons pas divulgué entièrement dans la Section 9 ou qui s'est développé avant mon/notre départ sera assujéti à l'exclusion pour état de santé préexistant prévue par la police.

Je réserve le droit de révoquer ou de modifier l'intérêt de tout bénéficiaire désigné dans la présente proposition, sous réserve de toute loi applicable.

Je/Nous autorise/autorisons par les présentes tout médecin agréé, omnipraticien, clinique d'hôpital ou autre établissement médical, compagnie d'assurance, régime d'assurance maladie d'État ou autre organisme ou personne qui détient des dossiers ou informations sur ma/notre santé et, le cas échéant, sur celle des membres de ma/notre famille à soumettre aux sociétés, s'il y a lieu, les renseignements sur mon/notre état de santé, mes/nos antécédents et traitements médicaux. Toute copie de cette autorisation est aussi valide que l'original.

Signature de la personne à assurer

Date : | | | | |
 Jour Mois Année

Signature de l'assuré au second degré* (pour la garantie familiale)

Date : | | | | |
 Jour Mois Année

* Le membre le plus âgé de la famille, autre que le proposant.

L'assurance Atout voyage et Atout Plus voyage sont établies par La Compagnie d'Assurance Générale CUMIS, l'une des sociétés du Groupe Co-operators, et administrées par Allianz Global Assistance. Allianz Global Assistance est un nom commercial d'AZGA Service Canada Inc. et d'AZGA Insurance Agency Canada Ltd.

20-25 03/20

Section 11 Mode de paiement

Choisir un mode de paiement :

Chèque – Libellez votre chèque à l'ordre du CDSPI

VISA ou MasterCard – Le CDSPI vous téléphonera afin d'obtenir les données de votre carte de crédit pour activer votre assurance.

Veuillez **ne pas** fournir le numéro de votre carte de crédit sur ce formulaire.

Le meilleur numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre :

Le meilleur moment pour vous joindre :

- 8 h 30 à 11 h HNE
 11 h à 14 h HNE
 14 h à 17 h HNE
 17 h à 19 h HNE

AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ – À lire, détacher et conserver par la personne à assurer

Nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels aux fins suivantes : déterminer l'admissibilité; administrer nos services; évaluer les risques; évaluer les demandes de règlement; assurer une protection contre la fraude, les erreurs ou toute fausse déclaration; et satisfaire à des exigences légales, réglementaires ou contractuelles. Nous limitons l'accès à vos renseignements personnels figurant dans nos dossiers à nos employés, nos agents autorisés, de tiers fournisseurs de service d'AZGA Service Canada Inc. faisant affaire sous le nom d'Allianz Global Assistance ou de la Compagnie d'Assurance Générale CUMIS ou des sociétés membres du groupe Co-operators, du CDSPI ou du CDSPI Services consultatifs Inc., et à toute autre personne autorisée par vous ou par la loi. Il se peut également que le CDSPI et le CDSPI Services consultatifs Inc. utilisent les renseignements recueillis dans ce formulaire aux fins de marketing et pour vous informer d'autres produits ou services connexes. Ces personnes, organismes et fournisseurs de services peuvent se trouver à l'extérieur du Canada, alors vos renseignements personnels pourraient être assujétiés aux lois de ces juridictions étrangères. Vous pouvez demander à vérifier les renseignements personnels contenus dans votre dossier et y apporter des corrections en écrivant à :

- **Allianz Global Assistance** : À l'attention de l'Agent de la protection de la vie privée, Allianz Global Assistance, P.O. Box 227, STN Waterloo (ON) N2J 4A4.
- **CDSPI/CDSPI Services consultatifs Inc.** : CDSPI, À l'attention du Chef de la protection des renseignements personnels, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4.

Pour de plus amples renseignements sur nos pratiques relatives à la protection de la vie privée, allez sur www.cdspi.com/fr/vos-droits-de-la-protection-des-renseignements-personnels.

