

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre programme d'assurance voyage.

Notre objectif est d'offrir un programme d'assurance qui répond aux besoins de chaque personne assurée. Voilà pourquoi nous avons créé un programme permettant à notre personnel en tarification d'évaluer les états de santé de façon individuelle.

Puisque notre programme de tarification médicale vous intéresse, nous joignons un questionnaire médical devant être rempli par votre médecin traitant, 90 jours ou moins avant la date de votre départ.

Ce questionnaire médical (formulaire 1) nous permettra de déterminer votre admissibilité à l'assurance voyage au titre du programme de tarification médicale. Veuillez remplir **UNIQUEMENT** la partie A (renseignements généraux). Votre médecin doit remplir le reste du questionnaire (parties B à E). Votre médecin doit également signer et dater le questionnaire dûment rempli avant de nous le retourner. Si votre médecin exige des honoraires, les frais sont à votre charge.

Afin que votre questionnaire médical soit traité à temps, veuillez retourner le formulaire dûment signé par télécopieur au 819 566-8067 ou à l'adresse suivante :

**RSA**  
a/s de Service de la tarification médicale  
2665, rue King Ouest, bureau 650  
Sherbrooke (Québec) J1L 2G5

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec un de nos représentants au service à la clientèle disponibles du lundi au vendredi de 8 h à 20 h, et le samedi de 9 h à 17 h (heure de l'Est).

# Évaluation de tarification médicale



Réservé au courtier ou à l'agent de vente :

Formulaire 1 - Proposition et questionnaire médical (à remplir par le médecin)

Nom de la compagnie : \_\_\_\_\_ Responsable du dossier : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_ Adresse électronique : \_\_\_\_\_

10 01 MU1 FCA 0817 000

## Partie A RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance (j/m/a) :     /     /

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Dates du voyage Départ (j/m/a) :     /     /     Retour (j/m/a) :     /     /     Durée du voyage :     jours

Destination précise Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

### 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 ainsi que les associations professionnelles dont vous êtes membre) 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](http://www.assurancevoyagersa.com).

## Partie B MESSAGE DESTINÉ AU MÉDECIN

En remplissant ce questionnaire\*, vous aiderez votre patient à se procurer l'assurance pour soins médicaux d'urgence appropriée durant son voyage. Une protection adéquate préservera la sécurité financière de votre patient.

Bien que votre patient ne soit pas admissible à notre programme d'assurance voyage régulier, les renseignements médicaux que vous fournirez sur son état de santé pourraient nous permettre de lui offrir un programme d'assurance voyage modifié.

Veuillez indiquer toute autre information que vous jugez pertinente et qui pourrait faciliter notre évaluation. Veuillez ne pas inclure les résultats de tests génétiques, le cas échéant.

Si vous considérez que votre patient ne devrait pas voyager, veuillez en discuter avec lui et nous faire part de votre avis à la Partie D – Commentaires. Nous vous remercions de votre collaboration.

**\*IMPORTANT : Les frais engagés pour remplir ce document demeurent la responsabilité du patient.**

## Partie C QUESTIONNAIRE MÉDICAL (veuillez remplir en caractères d'imprimerie)

Énumérez tous les diagnostics, problèmes de santé et/ou toutes les interventions chirurgicales	Date de la présentation initiale	Énumérez tous les médicaments que prend actuellement ce patient	Date de la prescription initiale	Changements de médication (y compris posologie et date) qui ont eu lieu au cours des 12 derniers mois	
				Médicament	Date (j/m/a)

1. Votre patient a-t-il pris du **Lasix** ou **autre diurétique** dans les **5 dernières années** ?

oui  non Si oui, indiquez la date et la posologie : \_\_\_\_\_  
Si oui, pour quel état de santé ?  insuffisance cardiaque  hypertension  œdème périphérique  autre (précisez) : \_\_\_\_\_

2. Votre patient prend-il un **inhibiteur de l'ECA** ?  oui  non

Si oui, pour quel état de santé ?  insuffisance cardiaque  hypertension  autre (précisez) : \_\_\_\_\_

3. Énumérez tout traitement ayant été requis au cours des **3 dernières années** (par ex., chimiothérapie, radiothérapie, utilisation d'oxygène à domicile, etc.)

Traitement : \_\_\_\_\_ Date ou période de traitement (j/m/a) : / /

Traitement : \_\_\_\_\_ Date ou période de traitement (j/m/a) : / /

Traitement : \_\_\_\_\_ Date ou période de traitement (j/m/a) : / /

4. Énumérez tous les séjours à l'hôpital au cours des **3 dernières années**.

Date de l'hospitalisation (j/m/a) : / / Diagnostic : \_\_\_\_\_

Date de l'hospitalisation (j/m/a) : / / Diagnostic : \_\_\_\_\_

Date de l'hospitalisation (j/m/a) : / / Diagnostic : \_\_\_\_\_

5. Énumérez toutes les investigations médicales et tous les examens majeurs que le patient a subis au cours des **2 dernières années** (par ex., épreuve d'effort, cathétérisme cardiaque, scanographie). **Veillez inclure une copie des résultats d'examens**. Veuillez aussi énumérer tout autre examen important subi récemment (par ex., hémoglobine pour l'anémie, créatine pour l'insuffisance rénale, tests hépatiques pour la cirrhose, etc.).

Examen/investigation : \_\_\_\_\_ Date (j/m/a) : / / Résultats : \_\_\_\_\_

Examen/investigation : \_\_\_\_\_ Date (j/m/a) : / / Résultats : \_\_\_\_\_

Examen/investigation : \_\_\_\_\_ Date (j/m/a) : / / Résultats : \_\_\_\_\_

**Fraction d'éjection (si connue)** : % Date (j/m/a) : / / **Fumeur** ?  oui  non

6. Le patient est-il en attente d'investigations ou de chirurgie ou de tout autre traitement ?

oui  non Si oui, veuillez préciser le **type** et la **date** (j/m/a) : \_\_\_\_\_

7. Le patient a-t-il subi un **pontage aortocoronarien** ?  oui  non Date (j/m/a) : / /

**une angioplastie** ?  oui  non Date (j/m/a) : / /

**un tuteur coronarien (stent)** ?  oui  non Date (j/m/a) : / /

8. A-t-on déjà attribué au patient une **classification cardiaque fonctionnelle** pour l'**angine** ?  oui  non

Si oui, quelle est sa **classification ACTUELLE** pour l'**angine** ?  I  II  III  IV Date du dernier épisode (j/m/a) : / /

9. Le patient a-t-il déjà reçu un diagnostic ou été traité pour l'**insuffisance cardiaque** ?  oui  non

Si oui, quelle est sa **classification ACTUELLE** pour l'**insuffisance cardiaque** ?  I  II  III  IV Date du dernier épisode (j/m/a) : / /

## Partie D COMMENTAIRES

## Partie E RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Depuis quand ce proposant est-il votre patient (j/m/a) ? / / Êtes-vous son médecin de famille, spécialiste ou autre ? \_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de permis du médecin : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DU MÉDECIN** : \_\_\_\_\_ **DATE (j/m/a)** : / /

Veillez retourner ce formulaire à : **RSA, a/s Tarification médicale, 2665, rue King Ouest, bureau 650, Sherbrooke (Québec) J1L 2G5**  
**Tél. : 1 800 567-8819 Téléc. : 819 566-8067**