



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.

Puisqu'il s'est écoulé plus de 90 jours depuis votre première demande d'assurance au titre du programme de tarification médicale, nous joignons à la présente un nouveau questionnaire médical devant être rempli par votre médecin traitant, tout au plus 90 jours avant la date de votre départ.

Ce nouveau questionnaire médical (formulaire 3) doit être vérifié par votre médecin afin de déterminer si des changements doivent être apportés aux renseignements médicaux qui ont été fournis dans le formulaire 1. Veuillez remplir **UNIQUEMENT** les parties supérieures du formulaire (renseignements sur le proposant et le voyage planifié). Votre médecin doit remplir, signer et dater la partie réservée à l'évaluation du médecin avant de nous retourner le formulaire. 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).

# Programme de tarification médicale

Formulaire 3 - Réévaluation médicale (à remplir par le médecin)

10 01 MU3 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

Le Questionnaire médical\* ci-joint vous servira à réévaluer l'état de santé de votre patient. Veuillez indiquer ci-dessous si son état de santé a changé depuis la dernière fois que le questionnaire a été rempli.

Les renseignements que vous fournirez sur l'état de santé de votre patient nous aideront à déterminer son admissibilité à l'assurance voyage.

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 ÉVALUATION DU MÉDECIN

### Aucun changement à l'état de santé du patient ou à la médication prescrite

Je, soussigné(e), déclare qu'il n'y a eu aucun changement à l'état de santé du patient à ma connaissance, depuis la date de signature du Formulaire 1.

J'évalue l'état de santé actuel du patient comme suit : \_\_\_\_\_

### Changement à l'état de santé du patient ou à la médication prescrite

Je, soussigné(e), déclare que l'état de santé du patient ou la médication prescrite ont changé de la façon suivante depuis que le Formulaire 1 – Évaluation de tarification médicale a été rempli :

Indiquez tous les changements (état de santé ou médication)	Date du changement (j/m/a)

## Partie D COMMENTAIRES

## Partie E RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

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

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

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

Veuillez 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