

À l'usage exclusif des agents de vente

10 87 CAL FCA 0519 SUN

Proposant 1 - no du contrat :	Proposant 2 - no du contrat :	Date d'émission (J/M/A) :
-------------------------------	-------------------------------	---------------------------

Proposant 1	Prénom	Nom de famille	Date de naissance (J/M/A) ____/____/____
			<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Proposant 2	Prénom	Nom de famille	Date de naissance (J/M/A) ____/____/____
			<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin

Veuillez vous référer au barème des taux pour connaître votre prime. Pour obtenir les taux du complément d'assurance pour le Régime annuel multivoyage de l'assurance non médicale ou pour en savoir plus sur la taxe de vente applicable, veuillez communiquer avec votre agent de vente.

Assurance voyage pour soins médicaux d'urgence

A. Inscrivez votre prime du RÉGIME ANNUEL MULTIVOYAGE DE L'ASSURANCE VOYAGE POUR SOINS MÉDICAUX

Le Régime annuel multivoyage de 30 jours est offert uniquement aux personnes de 79 ans ou moins.

B. Inscrivez votre taux QUOTIDIEN VOYAGE UNIQUE DE L'ASSURANCE VOYAGE POUR SOINS MÉDICAUX ou COMPLÉMENT D'ASSURANCE

Applicable si vous souscrivez une couverture quotidienne voyage unique ou un complément d'assurance pour un Régime annuel multivoyage. Utilisez la durée totale de votre voyage pour déterminer votre taux quotidien.

C. Prime du RÉGIME QUOTIDIEN VOYAGE UNIQUE DE L'ASSURANCE VOYAGE POUR SOINS MÉDICAUX ou du COMPLÉMENT D'ASSURANCE

Multipliez le nombre de jours désirés par le TAUX VOYAGE UNIQUE. NOMBRE DE JOURS x BOÎTE B

D. SOUS-TOTAL – ASSURANCE POUR SOINS MÉDICAUX

BOÎTE A + BOÎTE C

E. Majoration pour les consommateurs de tabac

Si vous avez répondu oui à la question 6 de la Partie F de la proposition (60 ans ou plus), ajoutez 20 % à la BOÎTE D.

Si vous avez répondu non à la question 6, reportez ici le contenu de la BOÎTE D.

F. Options de franchise

Proposant 1 0 \$ (+10 %) 250 \$ US (0 %) 500 \$ US (-5 %) 1000 \$ US (-10 %) 5000 \$ US (-30 %) 10000 \$ US (-45 %)

Proposant 2 0 \$ (+10 %) 250 \$ US (0 %) 500 \$ US (-5 %) 1000 \$ US (-10 %) 5000 \$ US (-30 %) 10000 \$ US (-45 %)

Calculez et ajustez le total de la BOÎTE E à l'aide du pourcentage approprié en fonction de votre franchise sélectionnée.

	Proposant 1	Proposant 2
A	\$	\$
B	\$	\$
C	\$	\$
D SOUS-TOTAL	\$	\$
E	\$	\$
F SOUS-TOTAL MÉDICAL	\$	\$

Assurance voyage non médicale

G. Inscrivez votre prime du RÉGIME ANNUEL MULTIVOYAGE DE L'ASSURANCE NON MÉDICALE

Le Régime annuel multivoyage de 30 jours est offert uniquement aux personnes de 79 ans ou moins.

H. Valeur du voyage – RÉGIME VOYAGE UNIQUE DE L'ASSURANCE NON MÉDICALE

Indiquez le montant de la couverture annulation et interruption de voyage requise (jusqu'à concurrence de 25 000 \$), en arrondissant à la centaine supérieure.

I. Inscrivez votre taux VOYAGE UNIQUE DE L'ASSURANCE NON MÉDICALE

Référez-vous au barème des taux pour le taux approprié.

J. Prime du RÉGIME VOYAGE UNIQUE DE L'ASSURANCE NON MÉDICALE ou du COMPLÉMENT D'ASSURANCE

BOÎTE H + 100 x BOÎTE I. Pour les taux du complément d'assurance pour le Régime annuel multivoyage de l'assurance non médicale, contactez votre agent de vente.

K. Prime due pour le RÉGIME DE L'ASSURANCE NON MÉDICALE

BOÎTE G + BOÎTE J. Ajoutez la taxe de vente applicable de votre province ou territoire de résidence.

L. SOUS-TOTAL – Primes de l'ASSURANCE POUR SOINS MÉDICAUX et de l'ASSURANCE NON MÉDICALE

BOÎTE F + BOÎTE K

G	\$	\$
H	\$	\$
I	\$	\$
J	\$	\$
K SOUS-TOTAL NON MÉDICAL	\$	\$
L SOUS-TOTAL	\$	\$

Économies

M. Économies pour compagnon de voyage

Si vous souscrivez cette assurance en même temps qu'un compagnon de voyage, un rabais de 5 % s'applique (BOÎTE L x 0,05).

Si non, inscrivez 0.

N. Prime TOTALE

BOÎTE L - BOÎTE M. La prime minimale est de 25 \$ par proposant.

M	\$	\$
N TOTAL	\$	\$

Veuillez joindre cette page à votre proposition.

Régimes sans questionnaire médical

Régimes **59 ans ou moins, Canada, Vacances express pour les 60 à 79 ans, Régime annuel multivoyage 40 jours complémentaire pour les membres du RSSFP, Annuel multivoyage de l'assurance non médicale ou Voyage unique de l'assurance non médicale**

En vigueur à partir de mai 2019

À l'usage exclusif des agents de vente

10 87 CAL FCA 0519 SUN

Proposant 1 - no du contrat : _____ Proposant 2 - no du contrat : _____ Date d'émission (J/M/A) : _____

Proposant 1	Prénom _____	Nom de famille _____	Date de naissance (J/M/A) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Proposant 2	Prénom _____	Nom de famille _____	Date de naissance (J/M/A) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin

Veillez vous référer au barème des taux pour connaître votre prime individuelle ou familiale. Pour obtenir les taux du complément d'assurance pour le Régime annuel multivoyage de l'assurance non médicale ou pour en savoir plus sur la taxe de vente applicable, veuillez communiquer avec votre agent de vente.

Assurance voyage pour soins médicaux d'urgence

A. Inscrivez votre prime du RÉGIME ANNUEL MULTIVOYAGE DE L'ASSURANCE VOYAGE POUR SOINS MÉDICAUX

	Proposant 1	Proposant 2
A	\$	\$
B	\$	\$
C	\$	\$
D	SOUS-TOTAL MÉDICAL \$	SOUS-TOTAL MÉDICAL \$

B. Inscrivez votre taux QUOTIDIEN VOYAGE UNIQUE DE L'ASSURANCE VOYAGE POUR SOINS MÉDICAUX ou COMPLÉMENT D'ASSURANCE

Applicable si vous souscrivez une couverture quotidienne voyage unique ou un complément d'assurance pour un Régime annuel multivoyage. Utilisez la durée totale de votre voyage pour déterminer votre taux quotidien.

C. Prime du RÉGIME QUOTIDIEN VOYAGE UNIQUE DE L'ASSURANCE VOYAGE POUR SOINS MÉDICAUX ou du COMPLÉMENT D'ASSURANCE

Multipliez le nombre de jours désirés par le TAUX VOYAGE UNIQUE. x BOÎTE B

D. Prime éligible au titre de l'ASSURANCE POUR SOINS MÉDICAUX
BOÎTE A + BOÎTE C

Assurance voyage non médicale

E. Inscrivez votre prime du RÉGIME ANNUEL MULTIVOYAGE DE L'ASSURANCE NON MÉDICALE

F. Valeur du voyage – RÉGIME VOYAGE UNIQUE DE L'ASSURANCE NON MÉDICALE

Indiquez le montant de la couverture annulation et interruption de voyage requise (jusqu'à concurrence de 25 000 \$), en arrondissant à la centaine supérieure.

G. Inscrivez votre taux VOYAGE UNIQUE DE L'ASSURANCE NON MÉDICALE

Référez-vous au barème des taux pour le taux approprié.

H. Prime du RÉGIME VOYAGE UNIQUE DE L'ASSURANCE NON MÉDICALE ou du COMPLÉMENT D'ASSURANCE

BOÎTE F ÷ 100 x BOÎTE G. Pour les taux du complément d'assurance pour le Régime annuel multivoyage de l'assurance non médicale, contactez votre agent de vente.

I. Prime due pour le RÉGIME DE L'ASSURANCE NON MÉDICALE

BOÎTE E + BOÎTE H. Ajoutez la taxe de vente applicable de votre province ou territoire de résidence.

J. SOUS-TOTAL – Primes de l'ASSURANCE POUR SOINS MÉDICAUX et de l'ASSURANCE NON MÉDICALE
BOÎTE D + BOÎTE I

E	\$	\$
F	\$	\$
G	\$	\$
H	\$	\$
I	SOUS-TOTAL NON MÉDICAL \$	SOUS-TOTAL NON MÉDICAL \$
J	SOUS-TOTAL \$	SOUS-TOTAL \$

Économies

K. Économies pour compagnon de voyage

Si vous souscrivez cette assurance en même temps qu'un compagnon de voyage, un rabais de 5 % s'applique (BOÎTE J x 0,05). Sinon, inscrivez 0.

L. Prime TOTALE

BOÎTE J - BOÎTE K. La prime minimale est de 25 \$ par proposant.

K	\$	\$
L	TOTAL \$	TOTAL \$

Veillez joindre cette page à votre proposition.