

pour étudiants internationaux

Nous recueillons vos renseignements personnels pour vous offrir des services d'assurance, étudier vos demandes de règlements et pour fin de paiement. Veuillez communiquer avec **etfs** au 1 800 891-0370 pour obtenir un exemplaire de notre politique sur la protection des renseignements personnels. Pour tout renseignement sur la protection de la vie privée, consultez le site www.rsagroup.ca ou communiquez avec nous au 1 800 716-4339.

20 01 APP FCA 0509 CLS

ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à une couverture sous ce régime :

1. Le proposant :
 - a) doit être âgé de 65 ans ou moins;
 - b) ne doit pas être couvert par un régime provincial ou territorial d'assurance maladie au Canada; et
2. Le proposant doit :
 - a) être un étudiant et fournir une preuve d'admission et d'inscription à un établissement d'enseignement canadien reconnu; ou
- b) être un étudiant inscrit à un programme postdoctoral dans un établissement d'enseignement canadien reconnu.
3. Le conjoint et l'enfant(s) du proposant peuvent être couverts à condition que la prime nécessaire soit payée. (Voir les définitions de conjoint et enfant(s) au verso.)

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPOSANT

F
 H Nom : _____ Prénom : _____

Pays d'origine : _____ Date de naissance (J/M/A) : / / Date d'arrivée au Canada (J/M/A) : / /

Joindre une preuve d'inscription dans un établissement d'enseignement canadien reconnu. Nom de l'établissement : _____ Date d'inscription (J/M/A) : / /

Adresse au Canada : _____ App. : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____ Courriel : _____

Bénéficiaire en cas de décès: _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

Conjoint : Marié légalement Cohabite depuis au moins 12 mois Date d'arrivée au Canada (J/M/A): / /

| NOM | PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE (J/M/A) | SEXE |
|------------------|--------|---------------------------|---|
| Conjoint : _____ | _____ | _____ | F <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |
| Enfant : _____ | _____ | _____ | F <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |
| Enfant : _____ | _____ | _____ | F <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |
| Enfant : _____ | _____ | _____ | F <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |

PÉRIODE D'ASSURANCE et MODE DE PAIEMENT

Date d'entrée en vigueur désirée (J/M/A) : / / Nombre de mois : _____ Prime totale due : _____

Argent Chèque visé / Mandat bancaire (Veuillez faire votre chèque à l'ordre de **etfs**.)

Visa Master Card Diners American Express

N° de carte de crédit : _____ Date d'expiration : _____

Signature du titulaire de la carte : _____

AUTORISATION MÉDICALE et DÉCLARATION

Il est entendu que je dois souscrire le contrat dans les 30 jours suivant la date de mon arrivée au Canada ou de mon inscription dans un établissement d'enseignement canadien reconnu, selon la première de ces éventualités. Si je suis actuellement assuré en vertu d'un contrat d'assurance administré par **etfs**, je dois payer la prime d'assurance avant la date d'expiration de mon contrat existant. Il est entendu que si je ne satisfais pas aux conditions précitées, je ne serai pas couvert pour une maladie survenue dans les 30 premiers jours de l'assurance.

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): _____ / _____ / _____

RÉSERVÉ AU BUREAU

Date d'entrée en vigueur (J/M/A): / / Numéro du contrat: _____

Date d'expiration (J/M/A): / / Prime payée: _____ Pénalité de 30 jours

BARÈME DES TAUX

| MOIS | Couverture individuelle | Étudiant avec 1 personne à charge | Étudiant avec 2 ou 3 personnes à charge | Étudiant avec 4 personnes à charge ou plus |
|------|-------------------------|-----------------------------------|---|--|
| 12 | 675\$ | 1485\$ | 2880\$ | 4032\$ |
| 11 | 670\$ | 1471\$ | 2848\$ | 3993\$ |
| 10 | 613\$ | 1347\$ | 2609\$ | 3656\$ |
| 9 | 558\$ | 1223\$ | 2369\$ | 3319\$ |
| 8 | 501\$ | 1100\$ | 2130\$ | 2982\$ |
| 7 | 445\$ | 975\$ | 1891\$ | 2646\$ |
| 6 | 389\$ | 852\$ | 1650\$ | 2309\$ |
| 5 | 328\$ | 716\$ | 1390\$ | 1943\$ |
| 4 | 266\$ | 581\$ | 1128\$ | 1576\$ |
| 3 | 203\$ | 445\$ | 865\$ | 1209\$ |
| 2 | 135\$ | 297\$ | 577\$ | 806\$ |
| 1 | 68\$ | 148\$ | 289\$ | 403\$ |

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

DÉFINITIONS

« **Conjoint** » s'entend de la personne de 65 ans ou moins avec laquelle l'assuré principal est marié légalement ou avec laquelle l'assuré principal cohabite depuis au moins 12 mois.

« **Enfant(s)** » s'entend d'un enfant non marié, à la charge de l'assuré principal ou de son conjoint, qui dépend de l'assuré principal pour sa subsistance, pourvu qu'à la date de souscription de l'assurance, l'enfant soit âgé de 22 ans ou moins, ou de 25 ans ou moins s'il est étudiant à temps plein, ou de plus de 22 ans si la personne à charge est une personne atteinte d'une déficience physique ou psychologique de façon permanente à la date de souscription.

Pour information, appelez au :

Ontario : 1 866 566-8532 ou 416 413-7678

Reste du Canada : 1 800 891-0370 ou 819 566-1596

Faites parvenir votre proposition et un chèque tiré à l'ordre de :

Ontario :

etfs
4211, RUE YONGE
BUREAU 245
TORONTO (ONTARIO)
M2P 2A9

Reste du Canada :

etfs
73, RUE QUEEN
SHERBROOKE (QUÉBEC)
J1M 0C9

etfs
625, AVE PRÉSIDENT-KENNEDY, BUREAU 1111
MONTRÉAL (QUÉBEC)
H3A 1K2

Télécopieur : 416-413-7679

Télécopieur : 819- 566-1084

Souscription par télécopieur : Veuillez faire le paiement de la prime par carte de crédit. Un paiement par chèque visé ou mandat bancaire est accepté s'il nous parvient par courrier dans les 10 jours ouvrables suivant la date de réception de votre proposition. L'assurance n'entrera pas en vigueur tant que le paiement ne sera pas reçu.



L'Assurance maladie et hospitalisation pour étudiants internationaux Médi-Sélect Avantage[®] est souscrite auprès de la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances, et est administrée par Voyage Expert Sécurité Financière (E.T.F.S.) inc.

^{MC} Le nom et le logo « RSA » sont des marques de commerce appartenant au RSA Insurance Group plc et utilisées sous licence par la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances.

^{MD} Le logo **etfs** et Médi-Sélect Avantage sont des marques déposées de Voyage Expert Sécurité Financière (E.T.F.S.) inc.