

**FORMULAIRE D'EXCLUSION**  
**DUE À DES CONDITIONS PRÉEXISTANTES**

**Afin d'être admissible à l'assurance, vous devez compléter le formulaire suivant :**

Dans les 3 mois précédant la date de prise d'effet de la couverture <sup>(1)</sup>, l'assuré a-t-il consulté un médecin, été hospitalisé, reçu des traitements ou été avisé de le faire; lui a-t-on prescrit des médicaments ou un changement de posologie; a-t-il été traité avec de l'oxygène à domicile, eu recours à la corticothérapie pour une condition pulmonaire ou a-t-il consommé de la nitroglycérine pour le soulagement de douleurs à la poitrine dues à une condition cardiaque plus d'une fois dans une période de 7 jours?

**OUI**   
**NON**

Si **OUI**, spécifiez la condition : \_\_\_\_\_  
*Cette condition est exclue de la couverture*

**(1) PRISE D'EFFET DE LA COUVERTURE**

1. Garantie soins médicaux d'urgence : la date de départ du voyage.
2. Garantie annulation ou interruption de voyage : la date d'adhésion au contrat.

**IMPORTANT**

Pour l'assurance soins médicaux d'urgence, veuillez noter que dans le cas où une maladie se déclare entre la date de l'achat de l'assurance et le départ du voyage, cette maladie pourrait ne pas être couverte pendant le voyage. SVP nous contacter le cas échéant.

**NOM DU CLIENT** : \_\_\_\_\_

**NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (RÉSIDENCE)** : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE**

\_\_\_\_\_  
**DATE (JJ/MM/AAAA)**

Tous droits réservés