Brochure 2026-2027

Assurance Voyages Soleil-Sud

Un des premiers régime offerts aux « snowbirds »

Assurance Voyage Santé–Soleil (AVSS)

Au service des voyageurs canadiens depuis plus de

30 Ans

Caractéristiques du régime

- Option de ***stabilité*** de 30 jours s'il y a eu une modification à l'un de vos ***médicaments*** récemment (voir le Recto de la Proposition)
- Pour régimes 1, 2 et 3, une période de ***stabilité*** des ***maladies préexistantes*** de 90 jours s'applique. Pour régime 4 et régime 5 cette période sera de 180 jours.
- La garantie Retour suite à un événement majeur est incluse avec votre police du Régime Seul voyage ou du Régime annuel multi-voyages
- Régimes annuels multi-voyages jusqu'à **62 jours** pour la plupart des régimes et des âges
- Les régimes annuels multi-voyages couvrent les voyages au Canada (à l'extérieur de votre province ou territoire)
- La franchise standard est fixée à 50 $US. Réduisez votre franchise à 0 $ pour un supplément de 10 %
- Nous acceptons les annulations ou les demandes de remboursements par téléphone, poste, courriel ou télécopieur
- Souscrivez l'assurance en ligne au www.tis.ca et payez la prime par Visa ou MasterCard

Sommaire des garanties

	MONTANTS MAXIMUMS JUSQU'À (en Dollars Canadiens)
SERVICES MÉDICAUX *D'URGENCE* y compris COVID-19	**5 000 000 $**
Services d'ambulance ***d'urgence***	Dépenses admissibles
Soins infirmiers privés	5 000 $
Soins dentaires ***d'urgence*** – coup accidentel à la bouche	2 000 $
Soins dentaires ***d'urgence*** – soulagement de la douleur	300 $
Retour suite à un événement majeur	$3,000
Retour de véhicule	2 500 $
Rapatriement ***d'urgence***	Dépenses admissibles
Frais reliés à votre décès	5 000 $
Enlèvement d'un plâtre ou des points de suture suite à une ***urgence***	300 $
Retour d'enfant à votre charge	Dépenses admissibles
Frais de subsistance	1 500 $
Transport d'une personne jusqu'à votre chevet	Dépenses admissibles
Soins ***d'urgence*** paramédicaux/professionnels de santé	250 $ par praticien

REMARQUE : Sauf stipulations contraires, toutes les primes, les prestations et les limites maximales payables sont exprimées en dollars canadiens. Toute franchise est exprimée en dollars américains ($US) et s'applique à chaque réclamation.

ASSISTANCE MÉDICALE D'*URGENCE* INTERNATIONALE 24 HEURES SUR 24

Veuillez consulter la police à www.tis.ca pour tous les détails.

Nous pouvons vous faire parvenir la proposition, la brochure et la police d'Assurance Voyage Soleil -Sud par poste, télécopieur ou courriel.

On Peut les visualiser et les télécharger directement de notre site web www.tis.ca

Pour votre commodité, on peut souscrire le régime d'Assurance Voyage Soleil-Sud en ligne et la prime acquittée par VISA ou MasterCard. Votre police, un reçu aux fins d'impôts et des cartes portefeuille peuvent êtres alors imprimés sur le coup. Voilà la méthode la plus facile à souscrire votre assurance.

Nous pouvons vous les envoyer par la poste si vous n'avez pas accès à une imprimante.

Les taux peuvent changer à tout moment sans préavis, sauf si votre prime a été entièrement payée.

www.tis.ca

Si vous avez un devis d'un autre régime, nous pourrions être en mesure de vous offrir un prix plus bas. Appelez-nous.

Questions? Composez le **1 888 830-6760** à Rawdon, QC : **450 629-9004** par courriel : **info@tis.ca**

Brochure 2026-2027

Critères médicaux pour les catégories de Régimes

Si vous êtes admissible à cette assurance tel qu'indiqué au Verso de la Proposition d'assurance–Critères d'admissibilité, vous devez sélectionner le bon régime en vous basant sur vos réponses aux Critères médicaux pour les catégories de Régimes tels qu'indiqués ci-dessous. Si vous attendez un test pour confirmer ou infirmer une condition, vous devez répondre "OUI" à cette condition, sinon l'assurance peut être annulée. Si vous êtes incertain de vos antécédents médicaux ou de vos états pathologiques, consultez votre médecin.

Les termes en *italique* et soulignés ont des significations particulières et sont définis à la page 3 de cette brochure dans la section "**Définitions**". Veillez à vous y référer en répondant à ces questions médicales.

Lorsque vous répondez aux Critères médicaux ci-dessous, vous devez être exact et précis. Si l'une de vos réponses s'avère incorrecte ou incomplète, votre couverture peut être annulée. Il vous incombe de lire et de comprendre intégralement ces Critères médicaux.

Commencez avec le Régime 5 et continuez vers le bas. Suivez les instructions importantes après les Critères médicaux pour chaque régime.

Régime 5 – Si vous répondez OUI à 2 ou plus des conditions ou des phrases 1. (i) à 1. (iv), 2. ou 3. ci-dessous, vous êtes admissible au Régime 5.
Régime 4 – Si vous répondez OUI à 1 des conditions ou des phrases 1. (i) à 1. (iv), 2. ou 3. ci-dessous, vous êtes admissible au Régime 4.

1. Avez-vous déjà reçu des *traitements* pour, reçu une prescription ou pris des *médicaments* pour, ou eu un diagnostic de :

(i) une ***cardiopathie***;
(ii) un accident vasculaire cérébral [AVC];
(iii) la maladie vasculaire périphérique (ne pas inclure les veines variqueuses et les stases veineuses); ou
(iv) la sténose de l'artère carotide de 50% ou plus (rétrécissement, blocage ou d'obstruction de tout vaisseau sanguin dans le cou).

2. Avez-vous été, au cours des 12 derniers mois, un(e) résident(e) d'un établissement de soins de longue durée ou d'un logement avec assistance où vous avez reçu de l'aide avec n'importe laquelle des activités de la vie quotidienne (prendre son bain, manger, utiliser la toilette, la prise de *médicaments*, s'asseoir et se lever d'une chaise ou se mettre au lit et en sortir).

3. Avez-vous subi votre plus récent pontage coronarien, angioplastie coronaire ou pose d'endoprothèse vasculaire (stent) coronaire il y a plus de 15 ans, mais pas plus de 20 ans, avant votre date de départ.

Si vous êtes admissible au **Régime 5** ou **Régime 4** en se basant sur ce qui précède, suivez les instructions de la **REMARQUE** au bas de cette page. Autrement, continuez vers le bas.

Régime 4 – Si vous répondez OUI à 2 ou plus des conditions ou des phrases 1. (i) à 1. (vii), 2., 3. ou 4. ci-dessous, vous êtes admissible au Régime 4.
Régime 3 – Si vous répondez OUI à 1 des conditions ou des phrases 1. (i) à 1. (vii), 2., 3. ou 4. ci-dessous, vous êtes admissible au Régime 3.

1. Au cours des 12 mois précédant votre date de départ, avez-vous reçu des *traitements* pour, reçu une prescription ou pris des *médicaments* pour, ou eu un diagnostic de :

(i) la leucémie, un cancer nécessitant chirurgie (y compris une biopsie positive), chimiothérapie, radiothérapie et/ou thérapie au laser (à l'exclusion de carcinome basocellulaire, l'hormonothérapie substitutive (tel que le tamoxifène), l'ablation des lésions cutanées ou carcinome spinocellulaire);
(ii) l'insuffisance rénale – stade 4
(iii) une ***pathologie hépatique***;
(iv) la démence (y compris la maladie d'Alzheimer);
(v) le diabète de type 1;
(vi) caillot(s) sanguin(s) (ne pas compter la prise d'anticoagulants pendant 60 jours ou moins dans un but préventif suite à une chirurgie de la hanche ou du genou); ou
(vii) un accident ischémique transitoire [AIT].

2. Au cours des 12 mois précédant votre date de départ, avez-vous reçu des *traitements* pour, récu une prescription ou pris des *médicaments* pour, ou eu un diagnostic de la maladie de Parkinson, la dystrophie musculaire, la paralysie cérébrale, la myasthénie grave ou la sclérose en plaques.

3. Au cours des 12 mois précédant votre date de départ, vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris, des comprimés de Prednisone (ou d'un *medicament* stéroïde équivalent) pour une *pneumopathie* pour plus de 21 jours consécutifs.

4. Au cours des 12 mois précédant votre date de départ, vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris Lasix (Novo-Semide/Furosemide) pour n'importe quelle raison pour plus de 21 jours consécutifs.

Si vous êtes admissible au **Régime 4** ou **Régime 3** en se basant sur ce qui précède, suivez les instructions de la **REMARQUE** au bas de cette page. Autrement, continuez vers le bas.

Régime 3 – Si vous répondez OUI à 2 ou plus des conditions ou des phrases 1. (i) à 1. (vi), 2. ou 3. ci-dessous, vous êtes admissible au Régime 3.
Régime 2 – Si vous répondez OUI à 1 des conditions ou des phrases 1. (i) à 1. (vi), 2. ou 3. ci-dessous, vous êtes admissible au Régime 2.

1. Au cours des 12 mois précédant votre date de départ, avez-vous reçu des *traitements* pour, reçu une prescription ou pris des *médicaments* pour, ou eu un diagnostic de :

(i) une ***pneumopathie***;
(ii) le diabète de type 2 (ne pas prendre en compte si le diabète est uniquement contrôlé par l'alimentation};
(iii) une ***affection intestinale*** ou une hémorragie digestive;
(iv) deux épisodes ou plus d'infection des voies urinaires (IVU);
(v) le(s) calcul(s) rénal(rénaux) [à moins que le(s) calcul(s) ne sont plus présent(s)]; ou
(vi) le(s) calcul(s) de la vésicule biliaire [à moins qu'on a enlevé le(s) calcul(s)], ou la pancréatite.

2. Au cours des 12 mois précédant votre date de départ, vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris 3 *médicaments* ou plus pour pression artérielle élevée (l'hypertension).

3. Est-ce que votre dernier *examen médical complet* a eu lieu plus de 24 mois avant votre date de départ.

Si vous êtes admissible au **Régime 3** ou **Régime 2** en se basant sur ce qui précède, suivez les instructions de la **REMARQUE** au bas de cette page. Autrement, continuez vers le bas.

Régime 1 – Si vous êtes admissible à cette assurance, mais vous n'êtes pas admissible au Régime 2, Régime 3, Régime 4 ou Régime 5, vous êtes admissible au Régime 1. Voir la **REMARQUE** ci-dessous.

REMARQUE : Veuillez passer au Recto de la Proposition d'assurance et remplir les sections « Renseignements sur le voyage » et « Renseignements sur la Prime ».

Assurance Voyage Soleil-Sud

Un des premiers régime offerts aux « snowbirds »

Brochure 2026-2027

Questions?
Composez le : **1-888-830-6760**
ou par courriel : **info@tis.ca**
Télécopieur : **1-877-662-8686**

La prime minimale est de 20 $ par personne.

Barèmes des Primes de Base

Les primes peuvent être modifiées en tout temps sans préavis à moins que vous n'ayez payé la prime requise à l'avance

Régime 1

Couvre le *traitement* d'*urgence* pour une *maladie préexistante* qui était *stable* au cours des 90 JOURS précédant toute date de départ.

	Nombre de jours	ÂGE 1-55	56-60	61-66	67-71	72-76	77-80	81-85	86-89	90-94
Taux quotidien Seul voyage	1-63	5,99	6,88	7,44	9,43	14,02	20,35	33,94	50,84	59,33
	64-84	6,31	7,25	7,80	9,92	14,68	21,39	35,60	53,38	62,32
	85-105	6,55	7,61	8,19	10,40	15,37	22,42	35,81	55,95	65,25
	106-126	6,88	7,94	8,57	10,84	16,05	22,71	37,42	58,49	68,25
	127-183	7,20	8,32	9,31	11,64	16,79	22,84	37,46	58,56	71,16
	184 +	7,74	8,98	10,12	12,59	18,69	25,74	42,32	66,09	77,09
Multi-voyages	8 jours	159	169	185	223	301	321	353	446	S/O
	16 jours	192	204	213	259	368	397	1 008	S/O	S/O
	32 jours	366	383	405	501	691	753	1 788	S/O	S/O
	62 jours	789	824	868	1 070	1 496	S/O	S/O	S/O	S/O

Régime 2

Couvre le *traitement* d'*urgence* pour une *maladie préexistante* qui était *stable* au cours des 90 JOURS précédant toute date de départ.

	Nombre de jours	ÂGE 1-55	56-60	61-66	67-71	72-76	77-80	81-85	86-89	90-94
Taux quotidien Seul voyage	1-63	7,91	9,17	9,88	12,51	18,55	26,93	44,92	67,32	78,52
	64-84	8,33	9,63	10,36	13,09	19,46	28,23	47,15	70,69	82,49
	85-105	8,73	10,02	10,88	13,74	20,38	29,64	47,39	74,01	86,39
	106-126	9,11	10,51	11,33	14,35	21,29	30,04	49,58	77,45	90,35
	127-183	9,48	10,98	12,37	15,40	22,23	30,23	49,63	77,49	94,28
	184 +	10,27	11,89	13,40	16,70	24,73	34,08	56,06	87,51	102,12
Multi-voyages	8 jours	207	221	236	293	405	418	483	624	S/O
	16 jours	250	261	277	337	482	515	1 134	S/O	S/O
	32 jours	483	504	532	656	916	988	1 937	S/O	S/O
	62 jours	1 036	1 088	1 148	1 412	1 976	S/O	S/O	S/O	S/O

Régime 3

Couvre le *traitement* d'*urgence* pour une *maladie préexistante* qui était *stable* au cours des 90 JOURS précédant toute date de départ.

	Nombre de jours	ÂGE 1-55	56-60	61-66	67-71	72-76	77-80	81-85	86-89	90-94
Taux quotidien Seul voyage	1-63	9,96	11,45	12,36	15,67	23,24	33,77	56,28	84,35	98,44
	64-84	10,41	12,10	12,97	16,46	24,38	35,48	59,09	88,64	103,36
	85-105	10,92	12,63	13,60	17,20	25,53	37,17	59,41	92,87	108,29
	106-126	11,43	13,18	14,20	18,00	26,71	37,64	62,09	97,03	113,24
	127-183	11,91	13,73	15,52	19,34	27,93	37,87	62,25	97,19	118,16
	184 +	12,95	14,89	16,77	20,90	31,04	42,72	70,26	109,70	127,96
Multi-voyages	8 jours	252	272	292	361	501	569	825	S/O	S/O
	16 jours	315	327	345	417	594	718	1 523	S/O	S/O
	32 jours	599	624	662	816	1 136	1 367	2 659	S/O	S/O
	62 jours	1 297	1 346	1 443	1 759	2 470	S/O	S/O	S/O	S/O

Régime 4

Couvre le *traitement* d'*urgence* pour une *maladie préexistante* qui était *stable* au cours des 180 JOURS précédant toute date de départ.

	Nombre de jours	ÂGE 1-55	56-60	61-66	67-71	72-76	77-80	81-85	86-89	90-94
Taux quotidien Seul voyage	1-63	13,16	15,23	16,37	20,73	30,83	44,80	74,58	111,88	130,55
	64-84	13,85	15,99	17,16	21,77	32,34	47,02	78,30	117,44	137,06
	85-105	14,51	16,74	17,99	22,83	33,86	49,27	78,78	123,06	143,60
	106-126	15,18	17,49	18,81	23,84	35,43	50,03	82,33	128,65	150,13
	127-183	15,81	18,23	20,57	25,60	36,91	50,21	85,97	128,82	156,63
	184 +	17,12	19,78	22,27	27,73	41,13	56,63	93,10	145,43	169,66
Multi-voyages	8 jours	345	373	399	501	685	813	S/O	S/O	S/O
	16 jours	435	449	479	570	822	1 645	S/O	S/O	S/O
	32 jours	830	859	920	1 120	1 573	S/O	S/O	S/O	S/O
	62 jours	1 807	1 877	1 997	2 439	3 426	S/O	S/O	S/O	S/O

Régime 5

Couvre le *traitement* d'*urgence* pour une *maladie préexistante* qui était *stable* au cours des 180 JOURS précédant toute date de départ.

	Nombre de jours	ÂGE 1-55	56-60	61-66	67-71	72-76	77-80	81-85	86-89	90-94
Taux quotidien Seul voyage	1-63	17,40	20,09	21,66	27,44	40,75	59,24	98,70	148,00	172,67
	64-84	18,31	21,11	22,70	28,78	42,76	62,20	103,66	155,40	181,35
	85-105	19,16	22,14	23,80	30,16	44,78	65,16	104,22	162,79	189,91
	106-126	19,98	23,11	24,91	31,56	46,87	66,31	108,96	170,18	198,59
	127-183	20,90	24,16	27,17	33,83	48,85	66,41	113,70	177,63	207,23
	184 +	22,62	26,10	29,46	36,65	54,41	74,92	123,19	192,40	224,48
Multi-voyages	8 jours	476	504	546	679	939	S/O	S/O	S/O	S/O
	16 jours	593	611	655	784	1 126	S/O	S/O	S/O	S/O
	32 jours	1 136	1 184	1 258	1 540	2 159	S/O	S/O	S/O	S/O
	62 jours	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O

REMARQUE IMPORTANTE : Pour vous aider à remplir la Proposition d'assurance il y a des Instructions à la page 3 de cette Brochure.

La prime minimale est de 20 $ par personne.

Franchises ($US)

La franchise standard est de 50 $US

Economies en Prime avec une Franchise plus élevée

Sélectionnez une franchise plus élevée pour une réduction de votre prime.

250 $US…-5% 500 $US...-10% 1 000 $US...-15% 2 000 $US…-20%

2 500 $US…-25% 5 000 $US...-30% 10 000 $US...-40%

Pour une **franchise de 0 $** pour toute réclamation, ajoutez 10% à votre prime.

Tableau pour calculer la prime pour un Seul voyage

Si vous êtes admissible à cette assurance : inscrivez votre **Durée totale du voyage, Jours de l'autre couverture** (s'il y a lieu) et le nombre de **Jours d'un Seul Voyage** pour lesquels vous avez besoin de couverture dans le tableau ci-dessous. Determinez le **Régime** pour lequel vous êtes admissible—selon les « Critères médicaux pour les catégories de Régimes » à la page 2. En vous servant du Barème des primes approprié ci-dessus, trouvez votre Taux quotidien —selon la **durée totale de votre voyage**—et reportez-le à la case **Taux quotidien** ci-dessous.Calculez votre **Prime pour un Seul voyage** (multipliez les **Jours d'un Seul voyage** par le **Taux quotidien**) et transférez-la à **la ligne 2**. au Recto de la **Proposition d'Assurance** dans la section « **Renseignements sur la Prime** ».

	Durée totale du voyage		Jours de l'autre couverture		Jours d'un Seul voyage		Taux quotidien		Prime pour un Seul voyage
Proposant 1		—		=		x	$	=	$
Proposant 2		—		=		x	$	=	$

Questions? 1 888 830-6760 ou par courriel : info@tis.ca Télécopieur : 1 877 662-8686

REMARQUE : L'assurance Voyage Soleil-Sud couvre les dépenses éligibles pour des *traitements* requis uniquement en cas d'une *urgence* médicale. Elle prévoit des modalités, conditions, restrictions et exclusions qui pourraient influer sur votre couverture. Une description complète apparaît dans la police d'Assurance Voyage Soleil-Sud. La limite des garanties pour la police est de 5 000 000 $ par personne par réclamation.

Instructions

Chaque Proposant doit remplir leur Proposition en suivant ces instructions.

1. Lisez les **Critères d'Admissibilité** au Verso de la Proposition d'Assurance. Continuez seulement si vous êtes admissible à cette assurance.
2. Remplissez la section **Renseignements sur les proposants** au Recto de la Proposition d'Assurance.
3. Remplissez la section **Renseignements sur le voyage** au Recto de la Proposition d'Assurance.
4. Determinez le Régime auquel vous êtes admissible en utilisant les **Critères médicaux pour les catégories de Régimes**, qui se trouvent à la page 2 de la présente Brochure. Cochez la case appropriée, à la section **Renseignements sur la prime** au Recto de la Proposition d'Assurance, afin d'indiquer le Régime auquel vous êtes admissible.
5. Si vous sélectionnez un **Régime annuel multi-voyages**, trouvez votre prime de base au bon barème de primes à la page 4 de la présente Brochure, en vous basant sur le nombre maximum de jours pour chaque voyage, le Régime auquel vous êtes admissible et votre âge à la Date d'entrée en vigueur du Régime annuel multi-voyages. Reportez ce montant à la ligne 1. de la section **Renseignements sur la prime** au Recto de la Proposition d'Assurance. Veuillez indiquer également votre choix de 8, 16, 32 ou 62 jours.
6. Si vous sélectionnez la couverture pour un **Seul voyage**, utilisez le Barème de primes pour le régime auquel vous êtes admissible à la page 4 de la présente Brochure, pour déterminer votre **Taux Quotidien** pour un **Seul voyage**. Celui-ci est basé sur votre âge à la Date de départ et sur la Durée totale du voyage qui comprend le nombre de jours à partir de votre Date de départ du Canada et votre Date d'échéance pour un Seul voyage.
7. Transférez votre **Taux Quotidien** pour un **Seul voyage** (basé sur la Durée totale du voyage) au **Tableau pour Calculer la Prime pour un Seul voyage** au bas de la page 4. Utilisez ce tableau pour calculer le nombre de jours de protection dont vous avez besoin : **Durée totale du voyage** moins **Jours de l' autre couverture** (le nombre de jours de couverture que vous puissiez avoir au titre d'un régime annuel quelconque). Multipliez les **Jours d'un Seul voyage** par le **Taux quotidien** afin de calculer votre **Prime pour un Seul voyage**.
8. Transférez le montant de votre **Prime pour un Seul voyage** à la ligne 2. au Recto de la Proposition d'Assurance dans la section **Renseignements sur la prime.**
9. Remplissez soigneusement le reste de la section **Renseignements sur la prime** au Recto de la Proposition d'Assurance y compris **4. AJUSTEMENTS**. Choisissez votre franchise, en vous basant sur le tableau « **Franchises ($US)** » à la page 4 de la présente Brochure. Transférez le pourcentage approprié à **l'Ajustement 4a**. Insérez le montant de prime dans les cases appropriées (**4a** à **4e**) qui s'appliquent.
10. Afin de calculer votre prime totale, additionnez les lignes **3**. et **4a** à **4e** et insérez le montant dans votre case **Total Proposant**. Ajouter le **TOTAL DU PROPOSANT** pour chacun des Proposants (s'il y a lieu) et inscrivez-le dans la case du **GRAND TOTAL DU**. Indiquez les renseignements sur votre carte de crédit (s'il y a lieu).
11. Chaque proposant doit lire, signer et dater la **Déclaration et Autorisation** se trouvant au Verso de la Proposition d'assurance.
12. Envoyez-nous votre Proposition d'assurance dûment remplie, accompagnée de la prime requise, à l'adresse indiquée ci-dessous.

    Par télécopieur à : 1 877 662-8686 ou
    Par la poste : Assurance Voyage Santé-Soleil
    CP 4648, Rawdon, QC J0K 1S0
13. Ces documents ne constituent pas votre police. Nous vous enverrons votre police, vos cartes de portefeuille et un reçu une fois votre Proposition d'assurance acceptée et que votre prime aura été traitée, ou visitez le site **www.tis.ca** pour télécharger la police.
14. Nous calculons les primes pour des prolongations en nous servant du taux quotidien (y compris tout **Ajustement**) des Barèmes des Primes actuels pour la durée totale du voyage multiplié par le nombre de jours de prolongation. Une prime de risque de 15 $ par personne sera ajoutée au résultat. Une prime minimum de 30 $ par personne s'applique à chaque prolongation. Les détails sur les Prolongations apparaissent dans la police **d'Assurance Voyage Soleil-Sud.**

Définitions

Le tableau qui suit constitue une liste partielle des définitions. Pour avoir une liste complète des définitions, veuillez consulter la section « Définitions » dans la police d'assurance dès que vous la recevrez.

affection intestinale : (y compris) colite ulcéreuse, maladie de Crohn, diverticulite, occlusion intestinale, chirurgie intestinale, constipation ***chronique***, ou syndrome du côlon irritable.

affection mineure : une infection virale ou bactérienne non ***chronique*** (à l'exception de toute affection nécessitant l'usage de Prednisone ou un ***médicament*** stéroïde équivalent sous forme de comprimé) qui ne nécessite pas d'hospitalisation, chirurgie ou plus qu'une visite de suivi auprès d'un fournisseur de soins médicaux hormis l'évaluation initiale et comprend l'usage de pas plus de 2 ***médicaments*** pour un maximum de 30 jours.

cardiopathie (y compris) : (i) une anomalie du rythme cardiaque (y compris une arythmie, une fibrillation auriculaire ou des battements irréguliers); (ii) implantation d'un stimulateur ou défibrillateur cardiaque ou remplacement; (iii) une crise cardiaque (infarctus du myocarde); (iv) transplantation cardiaque; (v) une maladie coronarienne (y compris l'angine de poitrine); (vi) angioplastie coronaire, ou pose d'endoprothèse vasculaire (stent) coronaire; (vii) pontage coronarien; (viii) la valvulopathie (y compris toute régurgitation ou sténose (modérée ou sévère)); (ix) souffle au coeur; (x) la péricardite; ou (xi) la cardiomyopathie.

chronique : se dit d'un état pathologique qui continue, persiste, est épisodique ou récurrent sur une période prolongée. Un tel état pathologique dure généralement longtemps et ne disparaît ni facilement, ni rapidement.

examen médical complet : vous avez visité ou consulté par téléphone un médecin en exercice ou un praticien de la santé autorisé où votre bilan de santé a été mis à jour, tout symptôme a été diagnostiqué et chaque examen prescrit ou proposé a été exécuté et vous êtes au courant des résultats de tels examens.

maladie préexistante : pathologie (n'englobe pas une ***affection mineure***) pour laquelle on a reçu des ***traitements*** ou pour laquelle des symptômes s'étaient manifestés avant l'une ou l'autre de vos dates de départ. Ce terme englobe une complication médicalement reconnue ou la résurgence d'un état pathologique.

médicament : tout ***médicament*** prescrit (que l'ordonnance soit remplie ou non) ou remède prescrit, servant au ***traitement*** des maladies et au maintien d'un bon état de santé. Ce terme comprend les nouvelles ordonnances, des renouvellements ou des recharges, l'insuline et la nitroglycérine (sous toute forme, avec ou sans ordonnance). Ce terme ne comprend pas les produits et remèdes disponibles sans ordonnance, y compris l'aspirine (ou équivalent), les vitamines, les minéraux et l'hormonothérapie substitutive.

pathologie hépatique : y compris l'hépatite C ou la cirrhose.

pneumopathie (y compris) : la Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique (MPOC), la bronchite ***chronique***, l'emphysème, la pneumopathie interstitielle, la fibrose pulmonaire, l'amiantose, la sarcoïdose, chirurgie pulmonaire ou l'asthme à dyspnée continue (l'asthme ***chronique***). (Ce terme n'englobe ni des allergies saisonières ni une ***affection mineure***).

traitement, ***traiter*** **ou** ***traité(e)*** : acte médical, thérapeutique ou diagnostique prescrit, effectué ou recommandé par un médecin ou un autre praticien de la santé autorisé, y compris, mais sans s'y limiter, les ***médicaments***, les tests à des fins d'investigation, hospitalisation, interventions chirurgicales ou action recommandée en rapport avec l'état.

stable **ou** ***stabilité*** : un état pathologique ne s'aggrave pas et il n'y a pas eu de changement aux ***médicaments*** (ni de ***médicament*** différent) pour celui-ci. En outre, l'utilisation et la posologie de ces ***médicaments*** n'ont pas changé, un médecin n'a reçu aucun résultat de test indiquant une détérioration de votre état pathologique et vous n'avez pas été informé par un médecin que vous devez subir une intervention chirurgicale. Ce terme signifie également que des ***traitements*** prescrits ou recommandés par un médecin n'ont pas changé au cours de la période pour les ***maladies préexistantes*** pour laquelle vous êtes admissible ou que vous avez sélectionnée. Aucun des points suivants **ne constitue** un changement ou une modification de ***médicament*** : substitution d'un ***médicament*** de marque particulière pour un produit générique équivalent, pourvu qu'il n'y a pas eu de changement ni dans son utilisation ni dans sa posologie; changement dans la posologie du ***médicament*** insuline ou Coumadin, Warfarin, Pradaxa, Pradax ou Dabigatran.

urgence **ou** ***urgences*** : trouble mental ou émotif—pour lequel l'hospitalisation est nécessaire—ainsi que toute maladie ou blessure accidentelle, qui surviennent de façon imprévue durant votre voyage et pour lequel des ***traitements*** médicaux immédiats sont nécessaires afin d'éviter ou de diminuer un risque pour la vie ou pour la santé. Une ***urgence*** prend fin quand, selon des preuves médicales, vous ne recevez plus des soins médicaux ***d'urgence*** et vous pouvez obtenir votre congé de l'établissement médical.

Assurance Voyage Soleil-Sud

Un des premiers régime offerts aux « snowbirds »

Souscrite auprès de : L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

— Recto —

Proposition d'assurance 2026-2027

1 888 830-6760

TIS

Renseignements sur les proposants

PROPOSANT 1	PROPOSANT 2
Nom de famille (Noms tels qu'ils figurent dans votre carte d'assurance maladie)	Nom de famille (Noms tels qu'ils figurent dans votre carte d'assurance maladie)
Prénom — Second prénom	Prénom — Second prénom
Adresse du Proposant 1 au Canada	
Rue — Ville — Province — Code postal	
Date de naissance (jj mm aaaa) — Numéro du régime provincial d'assurance maladie (code de version s'il y a lieu)	Date de naissance (jj mm aaaa) — Numéro du régime provincial d'assurance maladie (code de version s'il y a lieu)
Téléphone/cellulaire — Adresse électronique (s'il y a lieu)	Téléphone/cellulaire — Adresse électronique (s'il y a lieu)
Médecin de famille — Nom — Téléphone	Médecin de famille — Nom — Téléphone

Pour vous aider à remplir la présente Proposition d'assurance, il y a des Instructions à la page 3 de la Brochure.

Adresse à l'étranger (si inconnue, indiquer la ville et l'état)

Rue

Ville — État — Code postal

Téléphone

Personne à contacter au Canada en cas d'urgence (parent ou ami)

Nom — Téléphone

Renseignements sur le voyage

PROPOSANT 1		PROPOSANT 2
jj mm aaaa	**Date de départ du Canada** (Le jour où vous quittez le Canada)	jj mm aaaa
jj mm aaaa	**Date d'entrée en vigueur : Régime un Seul voyage.** La date à laquelle la protection commence, à minuit une minute. Si la présente assurance sert de complément à une autre couverture, la Date d'entrée en vigueur correspond au jour suivant la fin de l'autre assurance.	jj mm aaaa
jj mm aaaa	**Date d'échéance : Régime un Seul voyage** La protection prend fin à 23 h 59 ce jour-là. (Doit être avant le **30 septembre 2027**)	jj mm aaaa
Jours de couverture _____	**Nombre total de Jours de couverture pour Régime un Seul voyage** Nombre de jours de la Date d'entrée en vigueur jusqu'à la Date d'échéance (compter ces 2 jours)	**Jours de couverture** _____
jj mm aaaa	**Date d'entrée en vigueur : Régime annuel multi-voyages** (Doit être avant le **31 juillet 2027**) Remarque : Le Régime annuel multi-voyages ne peut servir de complément à une autre assurance.	jj mm aaaa

Renseignements sur la prime

Régime : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ (Cochez-en une) — Régime : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ (Cochez-en une)

1	$	**1. Prime pour le Régime annuel multi-voyages (si choisi)** ☐ 8 jours ☐ 16 jours ☐ 32 jours ☐ 62 jours (sélectionnez-en un) ☐ 8 jours ☐ 16 jours ☐ 32 jours ☐ 62 jours	$ 1
2	$	**2. Prime pour un Seul voyage** (Reportez-vous aux instructions de calcul aux pages 3 et 4 de la Brochure)	$ 2
3	$	**3. Total partiel :** Total des lignes 1 + 2	$ 3
4		**4. Ajustements** Chaque Proposant doit insérer la prime qui s'applique pour chaque **Ajustement 4a** à **4e** sélectionné.	4
4a	$	**Option de franchise** (Sélectionnez parmi les « **Franchises ($US)** » à la page 4 de la Brochure). **Multipliez le % pour votre franchise par la ligne 3** et indiquez si ce montant est à additionner ou à soustraire (+ ou –)	$ 4a
4b	$	Si vous avez eu un remplacement, une élimination ou une augmentation ou diminution dans la posologie ou fréquence d'un ***médicament*** qui ne ***traite*** pas une ***cardiopathie*** ou ***pneumopathie*** et qu'on vous a prescrit plus que **45 jours** avant votre date de départ, vous pouvez réduire la période de ***stabilité*** pour l'état pathologique que ***traite*** le ***médicament*** à **30 jours** précédant toute date de départ, **mettez 30 % de la ligne 3 dans la case 4b**	$ 4b
4c	$	Si, à n'importe quel moment au cours des **24 mois** précédant votre date de départ, vous avez fait usage d'un **produit du tabac quelconque, mettez 30 % de la ligne 3 dans la case 4c**	$ 4c
4d	$	Pour réduire votre période de ***stabilité*** des ***maladies préexistantes*** de 180 jours à 90 jours précédant toute date de départ (Régime 4 & 5 seulement). Calculez 25 % de la ligne 3 **Total partiel** et mettez le résultat dans la case 4d	$ 4d
4e	$		$ 4e
	$	Total Proposant 1 — **Total des lignes 3 et 4a à 4e** — Total Proposant 2	$

TOTAL DU PROPOSANT 1 & 2 $

GRAND TOTAL DÛ ou remplir →

Libellez votre chèque au nom de : Assurance Voyage Soleil-Sud

Visa ☐ Master Card ☐

Numéro de carte _____

Code de 3 chiffres _____ Date d'expiration _____ mois _____ année

Tout proposant doit lire, signer et dater la Déclaration et Autorisation qui se trouve au verso

1 888 830-6760
à Montréal/Mascouche : 450 629-9004
Télécopieur : 1 877 662-8686

Critères d'admissibilité

Vous devez satisfaire aux Critères d'admissibilité ci-dessous toutes les fois que vous quittez le Canada pour un Seul voyage ou que vous quittez votre province ou territoire de résidence sous un Régime annuel multi-voyages, pour être admissible à la protection en vertu de cette police.

Vous êtes admissible à l'assurance si :

1. Dans les 6 derniers mois, vous n'avez pas :

(i) été hospitalisé(e) pendant 24 heures consécutives ou plus pour n'importe laquelle des affections suivantes :
- un accident vasculaire cérébral [AVC] ou un accident ischémique transitoire [AIT];
- une ***cardiopathie***;
- caillot(s) sanguin(s); ou
- une ***pneumopathie***;

(ii) reçu des ***traitements*** pour un cancer métastatique;

(iii) reçu un diagnostic de, **ou** reçu des ***traitements*** pour, **ou** pris des ***médicaments*** pour, une maladie en phase terminale;

(iv) eu ou fait usage de l'oxygène à domicile (y compris un concentrateur d'oxygène) pour une ***pneumopathie***; ou

(v) eu besoin des ***traitements*** de dialyse.

2. Vous n'avez pas :

(i) subi votre plus récent pontage coronarien, angioplastie coronaire ou pose d'endoprothèse vasculaire (stent) coronaire il y a plus de 20 ans;

(ii) subi une angioplastie coronaire ou une pose d'endoprothèse vasculaire (stent) coronaire au cours des 6 derniers mois;

(iii) eu un anévrisme quelconque qui n'a pas été réparé par intervention chirurgicale, ni aucune dilatation de l'aorte;

(iv) au cours des 5 dernières années, reçu des ***traitements*** ou pris des ***médicaments*** pour une insuffisance cardiaque congestive [ICC] ;

(v) au cours des 5 dernières années, reçu des ***traitements*** ou pris des ***médicaments*** pour la cardiomyopathie avec un ventricule au stade IV ou avec une fraction d'éjection ventriculaire de 20 % ou moins;

(vi) été conseillé par un médecin que d'entreprendre votre voyage serait dangereux pour votre santé ou que vous ne devez pas entreprendre votre voyage; ou

(vii) reçu un diagnostic de sclérose latérale amyotrophique (SLA).

Si vous ne pouvez pas satisfaire à tous les Critères d'admissibilité ci-dessus chaque fois que vous partez en voyage, vous n'êtes pas admissible à la protection en vertu de cette police.

REMARQUE IMPORTANTE : Vous devez communiquer avec la Compagnie d'assistance d'urgence indiquée sur vos cartes portefeuille dans les 24 heures suivant toute réclamation pour un *traitement* médicale ou dentaire (même si le montant de la réclamation est inférieur à celui de votre franchise). Si vous ne le faites pas, vous devrez payer 50% de toutes les dépenses admissibles et notre responsabilité maximum sera limitée à 25 000 $. Vous devez communiquer avec la Compagnie d'assistance d'urgence indiquée sur vos cartes portefeuille à moins que votre état de santé ne le permette pas. Vous devez téléphoner aussitôt que votre état de santé le permet ou quelqu'un devra téléphoner en votre nom.

Déclaration et Autorisation

Tout proposant doit lire, signer et dater la Déclaration et Autorisation ci-dessous

Je présente une demande d'Assurance Voyage Soleil-Sud (AVS), souscrite par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.(IA) Je conviens qu'il faut que je présente ma demande d'assurance avant mon départ du Canada. Si je paie pour cette assurance par carte de crédit, j'autorise que ce paiement soit porté à ma carte de crédit.

Je comprends que la Brochure et la Proposition d'assurance (y compris les Critères d'admissibilité) font partie de la police et qu'elles sont toutes importantes pour le risque et la considération de l'assurance pour laquelle je fais une demande. Je déclare que tous les renseignements fournis dans la présente proposition sont exacts et complets. Il est entendu que si des renseignements importants nécessaires pour le remplissage de la présente proposition ne sont pas divulgués, IA annulera ma police d'assurance et que je ne serai pas couvert en vertu des prestations de la police. Si je n'étais pas certain de mon état de santé relativement à sa portée pour la présente proposition d'assurance, j'ai consulté mon médecin. Je reconnais que, en souscrivant AVS, je dois être au courant de tous mes ***médicaments*** et de leurs buts, ainsi que de tous les états pathologiques que j'ai eu ou que j'ai présentement. Je reconnais qu'aucune déclaration faite par moi ou par tout agent avant la date de ma demande d'assurance, ou le jour même, ne sera considérée comme valide à moins qu'elle ait été documentée et soumise par écrit, puis acceptée par IA et ce, avant que la demande ne soit remplie. Si je suis responsable du paiement d'une franchise quelconque ou s'il est établi que je ne suis pas admissible à cette assurance selon une section quelconque de la proposition d'assurance ou de la police, IA a le droit de recouvrer toute somme qui m'aurait été versée.

Je conviens que l'assurance demandée ne prendra effet que lorsque la prime requise ainsi qu'une copie signée (y compris toute signature électronique) et datée de la présente Proposition auront été reçues par Assurance Voyage Santé-Soleil (AVSS). Si, pour quelque raison que ce soit, cette proposition n'est pas acceptée, je recevrai un remboursement complet. Je reconnais que toutes les modalités, les conditions, les limites, et les exclusions de la police d'AVS s'appliqueront et que cette assurance couvre seulement les ***urgences*** médicales.

IA peut employer des agents, des courtiers et des fournisseurs de service afin de recueillir, d'utiliser, de stocker et/ou de traiter des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels en son nom et ces renseignements peuvent être transmis à ces entités aux fins décrites aux présentes. Les renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels peuvent être recueillis, utilisés, divulgués, transmis, stockés ou traités à l'extérieur du Canada et peuvent par conséquent être assujettis à des lois en vigueur dans ces pays étrangers. En accord avec les pratiques de confidentialité de la loi canadienne LPRPDE (Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques), et de la loi américaine HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act), la présente autorisation demeure valide tant que toute réclamation en suspens ou litigieuse en vertu d'une police émise d'AVS et à la suite de cette proposition n'aura pas été réglée, à moins qu'une loi applicable ne stipule un délai plus court, en quel cas elle viendrait à échéance dans le délai prévu par la loi. Je reconnais que, pour satisfaire aux modalités de la police d'AVS, il peut être nécessaire d'examiner tous mes antécédents médicaux, peu importe l'année. Cela restera valable tant qu'il existe une réclamation ou un litige soumis à IA. Une photocopie ou une télécopie du présent document de proposition, déclaration et autorisation sera jugé aussi valide que l'original. Par la présente, j'autorise mon conjoint ou le membre de ma famille voyageant avec moi ou mon décideur substitut, à agir en mon nom, si mon état de santé ne me permet pas de prendre les décisions nécessaires.

Au cas où j'aurais une réclamation, j'autorise tout médecin, hôpital, pharmacie, ou autre fournisseur de soins médicaux qui m'a vu ou qui m'a examiné de divulguer et échanger avec la Compagnie d'assistance d'urgence ou ses représentants tout et chacun des renseignements concernant mes antécédents médicaux, symptômes, ***traitements***, examens médicaux ou diagnostics dans le but de gérer l'assurance, de déterminer le risque de souscription et pour passer en revue toute réclamation. Les informations contenues dans n'importe lesquels de mes dossiers médicaux, y compris tout résultat des examens d'investigation, formeront la base pour évaluer la validité de la protection en vertu de ma police et de toute réclamation déclarée. Au cas où tous les documents requis ne seraient pas fournis à la Compagnie d'assistance d'urgence dans les 6 mois suivant la date du sinistre, je reconnais que le dossier de ma réclamation sera fermé.

Si la présente section Déclaration et Autorisation est révoquée, aucune réclamation ne sera considérée tant que la Déclaration et Autorisation ne sera pas rétablie.

Il est entendu que tout changement à mon état de santé ou à mes *médicaments* entre la date à laquelle je remplis la présente proposition et la date de départ de tout voyage qui ne me rend plus admissible (tel que stipulé dans les Critères d'admissibilité énumérés ci-dessus) à cette police, qui occasionne une modification au Régime auquel je suis admissible ou qui occasionne une modification à la *stabilité* d'une *maladie préexistante* (autre qu'une *affection mineure*), est considéré comme un changement important de ma police et je dois aviser AVSS sans tarder.

Il est entendu que si je n'avise pas immédiatement AVSS de tout changement important de mon état de santé ou de mes *médicaments*, toute réclamation peut être refusée et ma police d'assurance peut être résiliée.

Signature du Proposant **1** (ci-dessus)	Date	Signature du Proposant **2** (ci-dessus)	Date

Remarque : Tout mot qui apparaît souligné et en italique fait partie des termes spécifiques définis à la page 3 de la Brochure.

Offre d'une Durée Limitée

Bénéficiez des taux courants et ***recevez UNE OFFRE par proposant*** lorsque vous nous faites parvenir votre Proposition d'assurance dûment remplie accompagnée du paiement intégral au plus tard le **1er novembre 2026.**

1

Enlevez 5 %

de votre

PRIME TOTALE

Saison 2026-2027

Assurance Voyages Soleil-Sud

Un des premiers régime offerts aux « snowbirds »

QUESTIONS?

1 888 830-6760

REMARQUE

Pour des renseignements importants concernant cette OFFRE D'UNE DURÉE LIMITÉE, consultez le verso de ce bon.

➡ ➡ ➡ ➡

DÉTAILS IMPORTANTS CONCERNANT CETTE OFFRE D'UNE DURÉE LIMITÉE

Afin d'obtenir l'Offre, chaque proposant doit faire les modifications appropriées au Recto de la Proposition d'Assurance Voyage Soleil-Sud en se servant des instructions ci-dessous et poster sa Proposition dûment remplie accompagnée du paiement intégral au plus tard le 1er novembre 2026.

- Pour accepter l'offre **1** – inscrivez le montant de votre escompte dans la case **4e** de **4. AJUSTEMENTS** au Recto de votre Proposition d'Assurance Voyage Soleil-Sud.

Libellez votre chèque au nom de : **Assurance Voyage Soleil-Sud** ou fournissez les renseignements de votre **carte de crédit** sur la Proposition d'assurance. *Remarque : Vous ne devez pas postdater votre chèque pour profiter de cette offre.*

QUESTIONS?
1-888-830-6760

- **Si vous êtes incertain des dates de votre voyage, faites-les approximativement et laissez-nous savoir vos dates quand vous aurez déterminé vos dispositions de voyage. Il n'y aura pas de frais supplémentaires pour changer vos dates de voyage.**
- **Vous pouvez obtenir un remboursement intégral si avant de partir en voyage vous devez annuler pour une raison quelconque.**