belairdirect. assurance voyage | RTAM RETIRED TEACHERS' ASSOCIATION OF MANITOBA

La Compagnie d'assurance Belair inc.
(l'«Assureur»)

Proposition d'assurance pour l'Assurance voyage
Protection voyage découverte

Si vous avez des questions concernant le régime ou si vous avez besoin d'aide pour remplir votre proposition d'assurance, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime, l'Agence belairdirect inc., au 1 833 749.1324 ou par courriel à GroupBenefitsWS@belairdirect.com.

SECTION 1	**RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE** ➢ En caractères d'imprimerie		
Prénom(s)		Initiales	Nom de famille
Adresse - No de rue/app.			
Ville/Municipalité		Province	Code postal
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)		Sexe ☐ Homme ☐ Femme	
Numéro de téléphone (résidence)		Adresse courriel	
Type d'adhésion à RTAM (choisir une option) : ■ Membre titulaire « Full Member » ☐ Membre associé « Associate Member » ☐ Membre de la communauté éducative « Education Community Member »			

Si vous avez des questions concernant votre statut de membre, veuillez contacter RTAM au 204 889.3660.

SECTION 2	**RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) CONJOINT(E)** ➢ En caractères d'imprimerie (Remplissez cette section si votre conjoint(e) fait la demande d'assurance)		
Prénom(s)		Initiales	Nom de famille
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)		Sexe ☐ Homme ☐ Femme	

SECTION 3 **PERSONNES À CHARGE** ➢ Veuillez remplir cette section si vous avez choisi la protection familiale

	Prénom(s)	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe (H/F)
Personne à charge				
Personne à charge				
Personne à charge				

Les produits d'assurance sont souscrits par La Compagnie d'assurance Belair inc. Les services sont offerts par l'Agence belairdirect inc. Ces compagnies sont des filiales apparentées. Les agents de l'Agence belairdirect inc. offrent exclusivement les produits d'assurance souscrits par la Compagnie d'assurance Belair et ne reçoivent pas de commission liée à la vente des produits d'assurance.

La Compagnie d'assurance Belair inc.
belairdirect.com
1 833 964.2757

©2026, La Compagnie d'assurance Belair inc. Tous droits réservés.

SECTION 4 ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à cette assurance voyage, vous devez :
a) être un membre, ou un conjoint ou une personne à charge d'un membre;
b) être résident canadien; et
c) être assuré au titre de votre régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

Une personne à charge peut être couverte par la protection familiale, mais ne peut pas souscrire cette assurance à titre individuel.

☐ Je confirme que toutes les personnes énumérées dans les sections 1, 2 et 3 sont admissibles à cette assurance.

SECTION 5 OPTION DÉSIRÉE

1. Je désire souscrire le régime ci-dessous à titre de protection : ☐ Individuelle ☐ Familiale
2. Mon (ma) conjoint(e) désire souscrire le régime ci-dessous à titre de protection : ☐ Individuelle (si le (la) conjoint(e) est plus jeune)

Veuillez cocher les cases appropriées et fournir les renseignements demandés :

☐ **RÉGIME DE BASE** - nombre illimité de voyages. Durée maximale de 62 ☐ ou 93 ☐ jours consécutifs par voyage hors Canada.

Option de rabais du Régime de base* – choisir une option :

☐ Aucun rabais ☐ Franchise de 1 000 $ (20 %) ☐ Franchise de 5 000 $ (45 %)

☐ Exclure l'annulation, l'interruption et le retard de voyage (20 %)

* Choisissez une option pour obtenir un rabais sur votre Régime de base annuel. L'option de rabais peut être modifiée à la date de renouvellement du 1er avril.

☐ **RÉGIME COMPLÉMENTAIRE** - pour un voyage unique de plus de 93 jours consécutifs hors Canada.

Pour souscrire un Régime complémentaire, un Régime de base 93 jours est requis.
Veuillez cocher la durée du voyage unique de plus de 93 jours consécutifs hors Canada, y compris la date de votre départ initial du Canada pour une période de plus de 93 jours consécutifs et la date à laquelle vous regagnez votre province ou territoire de résidence.

93 jours +

■ **5 jours** (total de 98 jours)	☐ **14 jours** (total de 107 jours)	☐ **29 jours** (total de 122 jours)
☐ **44 jours** (total de 137 jours)	☐ **59 jours** (total de 152 jours)	☐ **74 jours** (total de 167 jours)
☐ **89 jours** (total de 182 jours)	☐ **104 jours** (total de 197 jours)	☐ **119 jours** (total de 212 jours)

SECTION 6 RENSEIGNEMENTS SUR LE VOYAGE ➢ Remplissez cette section si vous avez choisi le Régime complémentaire

Veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie

Date de départ du Canada (JJ/MM/AAAA)	Date de retour à votre province ou territoire de résidence (JJ/MM/AAAA)

PAIEMENT DES PRIMES MENSUELLES

☐ **Prélèvement mensuel bancaire.** Veuillez joindre un chèque portant la mention « NUL ».

IMPORTANT - Vous devez remplir et signer la section au bas de ce formulaire pour que la protection entre en vigueur.

SECTION 7	**CONVENTIONS ET AUTORISATIONS** ➢ CHAQUE proposant(e) doit lire cette section et y consentir en y apposant sa signature ci-dessous.

a) Je reconnais la nécessité de téléphoner le fournisseur de services pour les demandes de règlement et de l'assistance voyage de belairdirect, Gestion Global Excel inc. en vue d'obtenir l'approbation préalable exigée avant tout traitement médical en cas de demande de règlement ou d'urgence médicale. Le numéro de téléphone sans frais figure sur ma carte de demande de règlement ainsi que dans mon contrat d'assurance.

b) Autorisation d'obtenir mes renseignements médicaux advenant une demande de règlement - Il est entendu que l'assureur pourrait enquêter sur ma demande de règlement. En signant cette proposition d'assurance, j'autorise La Compagnie d'assurance Belair inc., et son administrateur autorisé, Gestion Global Excel inc, à obtenir tous les renseignements pertinents me concernant en ce qui a trait à ma maladie, ma blessure, mes antécédents médicaux, mes consultations, mes médicaments ou mes traitements, y compris une copie de mes dossiers médicaux/d'hôpitaux, auprès de tout médecin, praticien de soins de santé, hôpital ou autre établissement de soins médicaux, du ministère de la Santé ou de toute pharmacie et autre personne qui serait intervenue et m'aurait examiné(e), ou qui serait au fait de renseignements me concernant ou concernant mon état de santé.

c) Je reconnais que certaines exclusions et restrictions pourraient s'appliquer et restreindre la portée de mes protections. Je lirai mon contrat d'assurance pour en connaître tous les détails.

d) Il est convenu qu'à moins d'avis contraire de ma part communiqué à l'Agence belairdirect inc. par écrit, ma sélection de couverture demeurera en vigueur pour chaque année d'assurance ultérieure. L'Agence belairdirect inc. m'enverra un préavis confirmant l'établissement de mon nouveau contrat d'assurance avant le début de chaque année d'assurance suivante, soit le 1er avril.

e) Il est entendu que mes protections prendront fin le 31 mars. Un nouveau contrat d'assurance sera émis pour le 1er avril, selon les dispositions contractuelles en vigueur pour ce nouveau contrat, à moins que je fournisse un avis de résiliation écrit à l'administrateur du régime dans les 60 jours suivant le premier prélèvement de prime pour la nouvelle année d'assurance.

f) En outre, j'autorise l'assureur inscrit et son fournisseur désigné de services d'assistance aux voyageurs à recouvrer de mon régime d'assurance maladie provincial ou territorial applicable et de tout autre régime d'assurance les frais engagés relativement à une demande de règlement.

g) Je consens/Nous consentons également à ce que mes/nos primes pour la présente assurance, y compris les ajustements en cours d'assurance, les arrérages et la prime pour le nouveau contrat, soient prélevées de mon/notre compte de chèques selon l'option que vous avez sélectionnée.

h) Le paiement de votre prime est exigé avant que votre nouvelle protection puisse entrer en vigueur. Si nous ne pouvons pas percevoir ce paiement, la protection voulue n'entrera pas en vigueur. Il est entendu que mon/notre contrat d'assurance sera automatiquement résilié dans le cas où l'Agence belairdirect inc., l'administrateur de ce Régime, recevrait deux avis (ou plus) de chèque sans provisions à l'égard de mon/notre compte.

i) J'autorise mon « Groupe », la RTAM (Retired Teachers' Association of Manitoba), mon « Administrateur du régime » l'Agence belairdirect inc., et mon « Assureur », La Compagnie d'assurance Belair inc. (collectivement, les « Fournisseurs ») à recueillir, utiliser, tenir à jour et divulguer mes renseignements financiers, médicaux, et autres renseignements personnels, y compris les renseignements relatifs à tout conjoint(e) ou personne à charge qui peut faire l'objet de la présente proposition (les « Renseignements »), aux fins de gestion et d'administration de la Protection voyage découverte (le « Régime ») et l'évaluation, l'enquête, la gestion, le traitement et/ou la souscription de la présente proposition et toute demande de règlement en vertu du Régime (collectivement, les « Fins »). J'autorise toute personne disposant de Renseignements, y compris tout professionnel et de la santé, établissement ou fournisseur, organisme de réglementation professionnel, tout employeur, administrateur de régime collectif, agence d'enquête de l'assureur et tout administrateur d'autres programmes d'avantages sociaux à recueillir, utiliser, conserver et échanger ces Renseignements entre eux et avec les Fournisseurs et tout Administrateur de régime, assureur et/ou administrateur de remplacement approuvé par mon Groupe, aux Fins décrites par la présente. Je comprends qu'aucune protection n'entrera en vigueur avant d'avoir été approuvée par les Fournisseurs. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance maladie provincial et de tout numéro d'identification de membre du Groupe aux fins d'identification et d'administration. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon dont La Compagnie d'assurance Belair inc. et l'Agence belairdirect inc. gèrent vos renseignements personnels, veuillez visiter : belairdirect.com/fr/vie-privee.

Signature du membre / proposant(e)

X	**DATE** (JJ/MM/AAAA)

Signature du (de la) conjoint(e) (pour protection familiale ou protection individuelle pour le (la) conjoint(e))

X	**DATE** (JJ/MM/AAAA)

Veuillez transmettre votre proposition d'assurance à :

Agence belairdirect inc.
Assurance collective
C.P 4005, succ. A
Toronto (Ontario) M5W 0M7
Courriel : GroupBenefitsWS@belairdirect.com