

**DEMANDE DE MODIFICATION ASSURANCE VOYAGE / REQUEST FOR TRAVEL INSURANCE MODIFICATION**

CETTE DEMANDE DE MODIFICATION FAIT PARTIE INTÉGRANTE DE VOTRE CONTRAT. JOIGNEZ-LA À VOTRE ATTESTATION D'ASSURANCE.  
**THIS MODIFICATION FORM IS PART OF YOUR CONTRACT. KEEP IT WITH YOUR PROOF OF INSURANCE.**

**RAISON DE LA MODIFICATION / REASON FOR MODIFICATION:**

- PROLONGATION / EXTENSION
- RÉSILIATION / CANCELLATION
- CHANGEMENT DE DATES / CHANGE OF DATES
- CHANGEMENT DE RÉGIME / CHANGE OF PLAN
- RETOUR HÂTIF / EARLY RETURN  
(signature du client ou preuve de retour requise / client's signature or proof of return required)
- CHANGEMENT DE MODE DE PAIEMENT / CHANGE OF METHOD OF PAYMENT
- AUTRE / OTHER

DATE DE LA MODIFICATION / DATE: A-Y M-M J-D CODE DU REPRÉSENTANT - REPRESENTATIVE'S CODE

REMPLISSEZ CETTE SECTION EN Y AJOUTANT LES MODIFICATIONS DEMANDÉES.  
COMPLETE THIS SECTION AND INCLUDE ALL REQUIRED MODIFICATIONS.

PRIME / PREMIUM					
<b>GARANTIE MÉDICO-HOSPITALIÈRE JUSQU'À 5 000 000 \$ INCLUANT :</b> <b>HOSPITAL AND MEDICAL BENEFIT UP TO \$5,000,000 INCLUDING:</b> ASSISTANCE VOYAGE CANASSISTANCE - CANASSISTANCE TRAVEL ASSISTANCE SUIVI MÉDICAL AU CANADA - MEDICAL FOLLOW-UP IN CANADA <input type="checkbox"/> TAUX RÉGULIER/STANDARD RATE <input type="checkbox"/> TAUX SÉLECT/SELECT RATE <input type="checkbox"/> TAUX PRÉFÉRENTIEL/PRIME RATE <input type="checkbox"/> TAUX SUPERSÉLECT/SUPERSELECT RATE					
<b>OPTION - GARANTIE DÉCES OU MUTILATION ACCIDENTELS - JUSQU'À :</b> <b>ACCIDENTAL DEATH OR DISMEMBERMENT BENEFIT - UP TO:</b> <input type="checkbox"/> 50 000\$ <input type="checkbox"/> 100 000\$ <input type="checkbox"/> 150 000\$					
<b>OPTION - GARANTIE DE TRANSPORT AÉRIEN</b> <b>AIR FLIGHT ACCIDENT BENEFIT</b> <input type="checkbox"/> 100 000\$ <input type="checkbox"/> 200 000\$ <input type="checkbox"/> 300 000\$					
<b>ANNULATION OU INTERRUPTION DE VOYAGE - JUSQU'À :</b> <b>TRIP CANCELLATION OR INTERRUPTION BENEFIT - UP TO:</b> AVANT DÉPART - BEFORE DEPARTURE \$ _____ APRÈS DÉPART - AFTER DEPARTURE \$ _____ Nbre de pers. - NO. PER. \$ _____ PRIME - PREMIUM \$ _____					
<b>GARANTIE BAGAGES - JUSQU'À :</b> <b>BAGGAGE BENEFIT - UP TO :</b> <input type="checkbox"/> 500\$ <input type="checkbox"/> 1000\$ <input type="checkbox"/> 1500\$ <input type="checkbox"/> 2000\$    PAR PERSONNE PER PERSON					
ASSURANCE VISITEURS AU CANADA - JUSQU'À 79 ANS, MAXIMUM 180 JOURS VISITORS TO CANADA INSURANCE - UP TO 79 YEARS, MAXIMUM 180 DAYS					
ÉTUDIANTS ÉTRANGERS - JUSQU'À 49 ANS, MAXIMUM 366 JOURS FOREIGN STUDENTS - UP TO 49 YEARS, MAXIMUM 366 DAYS					
TRAVAILLEURS ÉTRANGERS ET IMMIGRANTS - JUSQU'À 69 ANS, MAXIMUM 366 JOURS FOREIGN WORKERS AND IMMIGRANTS - UP TO 69 YEARS, MAXIMUM 366 DAYS					
<b>ASSURANCE FORFAIT / PACKAGE INSURANCE</b>					
PLUS	RÉGULIER / STANDARD	CANADA	ASSURANCE ANNULATION - SOMME ASSURÉE PAR PERSONNE CANCELLATION INSURANCE - SUM INSURED PER PERSON		
			AVANT DÉPART / PRIOR TO DEPARTURE	APRÈS DÉPART / AFTER DEPARTURE	
			SANS MÉDICO-HOSPITALIER / WITHOUT MEDICAL	ILLIMITÉE / UNLIMITED	
			SANS ANNULATION AVEC INTERRUPTION ILLIMITÉE / WITHOUT CANCELLATION WITH UNLIMITED INTERRUPTION		
			SANS ANNULATION ET SANS INTERRUPTION ILLIMITÉE / WITHOUT CANCELLATION OR INTERRUPTION		
<b>DATE DU (DES) VOYAGE(S) POUR CONTRAT ANNUEL ET FORFAIT ANNUEL</b> <b>TRAVEL DATES FOR ANNUAL MEDICAL CONTRACT AND ANNUAL PACKAGE</b>					
SÉJOUR / TRIP	1	DU / FROM	AU / TO	Nbre Jours / NBR DAYS	
		PROLONGATION / EXTENSION			
NOUVELLE PRIME NEW PREMIUM			TOTAL PRIME PREMIUM		
			RABAIS - DISCOUNT		
			TAXE - TAX		
			TOTAL		
MONTANTS DÉJÀ PAYÉS AMOUNT ALREADY PAID			TOTAL PRIME PREMIUM		
			RABAIS - DISCOUNT		
			TAXE - TAX		
			TOTAL		
REMBOURSEMENT / REFUND			SOLDE À PAYER / DUE BALANCE		
TOTAL	PRIME PREMIUM		TOTAL	PRIME PREMIUM	
TAXE - TAX			TAXE - TAX		
FRAIS D'ADMINISTRATION / ADMINISTRATIVE FEES			TOTAL		
TOTAL			TOTAL		

- INSCRIRE LE NOM DU TITULAIRE ET LES MODIFICATIONS À APPORTER SEULEMENT.
- WRITE DOWN THE CONTRACTHOLDER'S NAME AND THE CHANGES TO BE MADE ONLY.

**TITULAIRE - CONTRACTHOLDER**

NOM DE FAMILLE - FAMILY NAME: \_\_\_\_\_ PRÉNOM - GIVEN NAME: \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_

ADRESSE n° et rue - ADDRESS no. and street: \_\_\_\_\_ APP.-APT.: \_\_\_\_\_

VILLE - CITY: \_\_\_\_\_ PROVINCE: \_\_\_\_\_

CODE POSTAL - POSTAL CODE: \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE - TELEPHONE: \_\_\_\_\_

N° D'ASSURANCE MALADIE / HEALTH INSURANCE NO.: \_\_\_\_\_ LETTRES - LETTERS: \_\_\_\_\_ CHIFFRES - NUMBERS: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE / DATE OF BIRTH: A/Y M/M J/D

**AUTRES PERSONNES ASSURÉES - OTHER COVERED PERSONS**

NOM DE FAMILLE - FAMILY NAME	PRÉNOM - GIVEN NAME	AGE

DATE RÉELLE DE DÉPART / REAL DEPARTURE DATE: \_\_\_\_\_ NOUVELLE DATE DE RETOUR / NEW RETURN DATE: \_\_\_\_\_ NOMBRE TOTAL DE JOURS / TOTAL NUMBER OF DAYS: \_\_\_\_\_

DESTINATION: \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

NO D'AUTORISATION / AUTHORIZATION NO.: \_\_\_\_\_

COMPANT / CASH     CHÈQUE / CHEQUE

DATE D'EXPIRATION - EXPIRATION DATE: \_\_\_\_\_ DÉTENTEUR - CARDHOLDER: \_\_\_\_\_

SIGNATURE: \_\_\_\_\_

LES REMBOURSEMENTS DE PRIMES SONT ACCORDÉS SELON LES CLAUSES DU CONTRAT. DES FRAIS D'ADMINISTRATION DE 25\$ SERONT RETENUS. AUCUN REMBOURSEMENT N'EST APPLICABLE S'IL Y A DEMANDE DE RÉGLEMENT.  
PREMIUM REFUNDS ARE MADE ACCORDING TO THE CLAUSES OF THE CONTRACT. ADMINISTRATIVE FEES OF \$25 WILL BE DEDUCTED. THERE WILL BE NO REIMBURSEMENT IF A CLAIM HAS BEEN SUBMITTED.