



POLICE ASSURANCE VOYAGE

En cas d'urgence médicale
et protection non médicale

Assuré par



(À lire attentivement)

AVIS DE DROIT D'EXAMEN POUR LA PROTECTION EN CAS D'URGENCE MÉDICALE

Vous disposez de dix (10) jours à compter de la réception de cette police pour l'examiner et vérifier l'exactitude de *Votre* déclaration et proposition. Cette police contient des limitations et des exclusions. Veuillez en prendre connaissance et contacter votre *Représentant* au besoin avant de partir en voyage. Si *Vous* n'êtes pas complètement satisfait, retournez-la par courrier recommandé à l'*Assureur* (bureau de Trois-Rivières) et toute prime payée sera remboursée pourvu que *Vous* n'ayez pas fait de *Voyage* pendant la période d'examen. Le défaut de retourner la police sera considéré comme une preuve de *Votre* acceptation de tous les termes, conditions et limitations.

REMARQUE : Si *Votre* condition médicale change avant la **Date d'entrée en vigueur**, *Vous* devez aviser l'*Assureur* et *Vous* n'êtes pas admissible aux prestations de cette police si *Vous* soumettez une réclamation pour cette condition. L'*Assureur* se réserve le droit de réévaluer *Votre* éligibilité à l'assurance avant *Votre* Date d'entrée en vigueur.

IMPORTANT : Les bénéficiaires payables en vertu de la présente police sont sujets à la réception de la proposition signée par la *Personne assurée* (*Personne assurée* de 60 ans et plus seulement) et du paiement de la prime requise avant *Votre* départ.

VEUILLEZ NOTER : Les termes figurant en caractère « italique » dans ce texte ont le sens qui leur est accordé dans la section (III), « Définitions ».

AVIS IMPORTANT

- L'assurance voyage en cas d'**Urgence** médicale est conçue pour couvrir un *Traitement d'Urgence* médicale à la suite de circonstances soudaines et imprévues. De plus, elle couvre les frais de rapatriement dans *Votre* province de résidence lorsque requis.
- L'exclusion des *Conditions préexistantes* s'applique aux conditions médicales qui ne sont pas *Stables et sous contrôle* et/ou *Symptômes* qui se sont manifestés lors ou avant *Votre* Date de départ. Veuillez vérifier comment une telle exclusion affecte *Votre* éligibilité à l'assurance.
- Au moment d'une réclamation, *Vos* antécédents médicaux seront étudiés afin de vérifier et confirmer *Votre* admissibilité aux prestations.
- Dans tous les cas, *Vous* devez appeler L'ASSISTANCE D'URGENCE au 1 844 820-6588 (USA et Canada), 1 888 820-6588 (ailleurs) ou à frais virés au 1 819 377-2241 avant tout *Traitement*. Si *Vous* omettez d'appeler l'ASSISTANCE D'URGENCE, *Vos* prestations seront limitées à 70% des frais admissibles, sous réserve d'une limite globale de 25 000 \$ CAN. Veuillez consulter la section - Conditions Générales, clause #11 pour plus de détails. La coordination des soins doit se faire à compter du tout début et pendant toute la durée du *Traitement* et doit impliquer le patient et/ou sa famille, le *Médecin* traitant et l'ASSISTANCE MÉDICALE D'URGENCE.
- Cette police contient une disposition supprimant ou limitant le droit de l'assuré de désigner des personnes pour qui ou à qui les sommes assurées doivent être versées.

**EN CAS D'URGENCE, VOUS DEVEZ IMMÉDIATEMENT APPELER L'ASSISTANCE D'URGENCE :
(disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7)**

**Composez sans frais le 1 844 820-6588 (USA et Canada), 1 888 820-6588 (ailleurs)
ou à frais virés le 1 819 377-2241.**

ASSISTANCE MÉDICALE D'URGENCE

- Coordonne le plan de *Traitement* médical d'*Urgence* et informe *Votre* famille ;
- *Vous* aide à trouver un *Médecin*, une clinique ou un *Hôpital* ;
- Confirme *Votre* protection d'assurance à l'*Hôpital* ou chez le *Médecin* ;
- Garantit ou effectue le paiement à l'*Hôpital* ou chez le *Médecin*, lorsque possible ;
- Prend les arrangements nécessaires pour le déplacement d'un membre de la famille à *Votre* chevet lorsque les circonstances l'indiquent ;
- Prend les arrangements nécessaires pour *Votre* rapatriement dans *Votre* province de résidence ;
- Facilite la transmission de messages urgents à *Votre* famille ;
- *Vous* aide à trouver les services d'un conseiller juridique en cas d'*Accident* grave.

*Certaines conditions dans *Votre* pays d'accueil (ex. : troubles politiques, capacités technologiques, etc.) peuvent restreindre l'accès aux soins et/ou la qualité du service d'assistance décrit ci-dessus. Cependant, ni l'*Assureur*, ni L'ASSISTANCE D'URGENCE ou tout autre fournisseur participant à cette garantie ne peuvent être tenus responsables de la disponibilité, de l'étendue, de la qualité ou des résultats de tout *Traitement* médical que *Vous* avez reçu, du transport dont *Vous* avez fait l'objet ou de l'absence de soins médicaux.

I. CONTRAT D'ASSURANCE

Après considération et acceptation de la proposition d'assurance que *Vous* avez complétée, de la réception du paiement de la prime appropriée, et sous réserve des termes, conditions d'admissibilité et d'assurabilité de la police, l'*Assureur* rembourse :

- toutes les dépenses admissibles directement liées à une *Urgence* survenant au cours d'un *Voyage* assuré hors de *Votre* province de résidence et qui excèdent toute indemnité que la *Personne assurée* aurait droit de recevoir en vertu du régime gouvernemental d'assurance maladie de la province de *Votre* domicile et/ou de tous les autres régimes d'assurance en vigueur, si la protection en cas d'*Urgence* médicale a été choisie.

En remplissant la proposition et en payant la prime appropriée, *Vous* mandatez et autorisez l'*Assureur* et l'ASSISTANCE D'URGENCE à soumettre au Régime d'assurance maladie de *Votre* province *Vos* réclamations pour les services médicaux et hospitaliers assurés que *Vous* aurez reçus.

Stéphane Rochon
Président et chef de la direction
de La Survivance-Voyage, compagnie d'assurance

Marc Pelletier
Trésorier
de La Survivance-Voyage, compagnie d'assurance

PLANS MULTI+PROTECT

PLAN PAR VOYAGE

Le PLAN PAR VOYAGE est offert pour tout voyage à l'extérieur de *Votre* province de résidence et est valide pour la durée d'un seul *Voyage* par police.

PLAN ANNUEL (Plans multi-voyages)

Le Plan Annuel *Vous* couvre pour de multiples *Voyages* d'une durée maximale prédéterminée (selon l'option choisie sur la proposition) hors de *Votre* province de résidence au cours de la *Durée de la police*. La protection pour le Plan Annuel entre en vigueur à la *Date d'entrée en vigueur* du contrat et prend fin à la *Date d'expiration* tel qu'indiqué sur la *Confir-*

mation d'assurance voyage. Après chaque *Voyage*, Vous devez revenir dans *Votre* province de résidence. Vous n'êtes pas tenu de fournir au préalable les *Dates de départ* et de retour pour chaque *Voyage*, par contre Vous devez rencontrer les conditions d'admissibilité mentionnées dans *Votre* proposition d'assurance à chacune de *Vos Dates de départ*. Vous devez toutefois fournir une preuve de la date de *Votre* départ lorsque Vous soumettez une réclamation. (ex. : billet d'avion ou cachet des douanes).

Le Plan Annuel Vous couvre également au cours de la *Durée de la police* pour tout *Voyage* de durée illimitée au Canada, mais à l'extérieur de *Votre* province de résidence. (Si Vous voyagez autant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Canada au cours d'un même *Voyage*, ces plans Vous couvrent à l'extérieur du Canada uniquement dans les limites de l'option de durée choisie, débutant la journée où Vous quittez *Votre* province de résidence. Vous pourriez devoir faire l'achat d'un Plan par Voyage si Vous quittez le Canada après avoir été absent de *Votre* province de résidence pour une durée excédant l'option de durée choisie).

PLAN FAMILIAL

La protection familiale, disponible pour les *Voyages* de 48 jours et moins, protège en plus *Vos Enfants* qui Vous accompagnent et dont le nom apparaît sur la proposition d'assurance.

II. ADMISSIBILITÉ

Vous êtes admissible si Vous :

- Maintenez un domicile permanent au Canada ; **et**
- Êtes admissible aux prestations de *Votre* régime d'assurance maladie gouvernemental ; **et**
- Êtes en mesure de comprendre et de pouvoir vous exprimer dans l'une ou l'autre des langues officielles du Canada (français ou anglais) ; **et**
- Rencontrez les critères d'admissibilité décrits dans la proposition d'assurance ; **et**
 - Pour le Plan par Voyage : êtes âgé(e) entre 3 mois et 89 ans à la *Date de départ*, ou
 - Pour le Plan annuel : êtes âgé(e) de 3 mois à 85 ans à la *Date d'entrée en vigueur*.

III. DÉFINITIONS

« **Accident, Accidentel(le)** » signifie une atteinte corporelle, involontaire et imprévue provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure accompagnée d'un impact.

« **Affection mineure** » signifie toute *Maladie* ou *Blessure* qui ne requiert pas : 1) la consommation de *Médicaments* pendant une période de plus de 15 jours, ou 2) plus d'une visite de suivi chez un *Médecin*, ou 3) une *Hospitalisation*, une intervention chirurgicale ou d'avoir été référé à un spécialiste. Afin d'être considéré comme une *Affection mineure*, la *Maladie* ou la *Blessure* doit prendre fin au moins 30 jours consécutifs avant la *Date de départ* de chaque *Voyage*. Toutefois, une condition chronique, une complication liée à une condition chronique ou une *Rechute* d'une *Maladie*, *Blessure* ou *Symptômes* dans les six mois suivant la manifestation initiale n'est pas considérée comme une *Affection mineure*.

« **Appareil ou Système** » signifie ensemble d'organes dont le fonctionnement concourt à une tâche commune.

« **Assurance complémentaire** » est une assurance souscrite avec l'*Assureur* avant *Votre* départ afin d'entrer en vigueur immédiatement après la couverture d'une autre assurance émise par l'*Assureur* ou d'une autre compagnie. Vous avez la responsabilité de vérifier que l'*Assurance complémentaire* est permise par l'émetteur de l'autre protection d'assurance. S'il s'avérait que la prolongation n'était pas permise, l'*Assureur* refusera toute responsabilité et la prime pour l'*Assurance complémentaire* sera remboursée. L'*Assureur* doit être avisé de tout *Changement* dans l'état de santé aussitôt qu'une consultation médicale a eu lieu pendant que l'autre assurance était en vigueur.

« **Assureur, Nous, Notre** » signifie La Survivance-Voyage, compagnie d'assurance. (Une filiale à 100 % d'Humania Assurance Inc.)

« **Blessure** » signifie toute atteinte corporelle soudaine, directement imputable à un *Accident*, survenue pendant la *Durée de la police* et qui n'est nullement liée à une *Maladie* ou à une autre cause.

« **Changement** » signifie toute altération ou détérioration suivante de *Votre* état de santé : apparition de nouveaux *Symptômes* et/ou de *Symptômes* plus fréquents ; Vous avez consulté un *Médecin* ; Vous avez été hospitalisé ; Vous avez subi des examens ou des tests afin d'établir un diagnostic (autres que ceux de routine) ; *Votre Traitement* a été modifié et/ou un nouveau *Médicament* Vous a été prescrit et/ou un *Médicament* a été arrêté et/ou un *Médicament* a été modifié, soit par une augmentation ou une diminution de la posologie ou de la fréquence (**Exceptions** : rajustement périodique de l'insuline, de la Warfarine ou du Coumadin visant à contrôler la concentration dudit *Médicament* dans votre sang et le remplacement d'un *Médicament* de marque déposée par un *Médicament* générique dont la posologie est la même).

« **Condition exclue** » signifie l'exclusion de tout remboursement pour des soins ou services reliés directement ou indirectement à une condition spécifique.

« **Condition préexistante** » signifie une condition de santé pour laquelle Vous avez consulté un *Médecin*, pour laquelle Vous avez reçu ou recevez un *Traitement* ou avez présenté des *Symptômes* avant la *Date de départ*. Ce terme comprend également toute complication reconnue médicalement ou la *Rechute* d'une condition de santé.

« **Confirmation d'assurance voyage** » signifie le document que l'*Assureur* Vous envoie pour confirmer les détails de *Votre* assurance, basé sur l'information que Vous avez fournie dans *Votre* proposition d'assurance.

« **Conjoint** » signifie la personne à laquelle Vous êtes marié légalement ou celle qui vit avec Vous en union conjugale et qui est reconnue publiquement comme *Votre* partenaire de vie depuis au moins un an. Pour les besoins de la présente assurance, Vous ne pouvez avoir qu'un seul *Conjoint*.

« **Date d'entrée en vigueur** » pour la garantie en cas d'*Urgence* médicale, signifie la date la plus tardive entre la date où l'*Assureur* reçoit la prime et la proposition ou 0 h 01 à la date de la proposition indiquée comme *Date d'entrée en vigueur*.

« **Date d'expiration** » signifie la première date entre 23 h 59 de la journée indiquée comme *Date d'expiration* sur la proposition, date à laquelle la *Personne assurée* revient de voyage dans sa province de résidence (à moins que l'Option d'interruption de voyage décrite à la section XII ne s'applique) ou la date de l'événement ayant causé l'annulation de la police si *Votre Voyage* est annulé avant la *Date de départ*.

« **Date de départ** » pour le Plan par voyage, signifie la date prévue du début de *Votre Voyage*, telle qu'elle figure dans *Votre* proposition d'assurance (selon l'heure locale à *Votre* adresse au Canada). Pour le Plan Annuel signifie la date de chacun de *Vos Voyages*.

« **Durée de la police** » signifie la période entre la *Date d'entrée en vigueur* de la police et sa *Date d'expiration*.

« **Enfants** » désigne *Vos* fils et filles qui sont âgés entre 3 mois et 21 ans au moment du départ, qui sont célibataires et qui dépendent de Vous pour leur soutien.

« **Événement** » signifie tout *Accident*, *Maladie* ou fait qui, selon la présente police d'assurance, engendrerait une réclamation.

« **Famille immédiate** » signifie *Votre Conjoint(e)*, *Vos* parents, grands-parents, beaux-parents, enfants, petits-enfants, frères, sœurs, beaux-frères, belles-sœurs, gendres ou brus.

« **Hôpital** » signifie tout établissement traitant régulièrement des patients en clinique d'*Urgence* externe ou interne et détenant un permis à titre d'*Hôpital* émis par les autorités locales ou régionales compétentes.

« **Hospitalisation** » signifie *Votre* admission à l'*Hôpital* pour une période de 24 heures ou plus sur recommandation d'un *Médecin*.

« **Limitation** » signifie une condition physique ou mentale qui empêche l'exécution d'une activité ou réduit des fonctions considérées comme étant normales.

« **Maladie** » signifie toute détérioration de la santé, tout désordre de l'organisme ou toute affection imprévue qui nécessite un *Traitement* ou des soins d'*Urgence* pendant la *Durée de la police*.

« **Médecin** » toute personne qualifiée pour prescrire des *Médicaments*, administrer des *Traitements* médicaux et pratiquer des opérations en toute légalité selon ce que prévoit son permis ou sa licence en vigueur dans la région où les soins sont administrés. Un *Médecin* n'inclut pas un naturopathe, herboriste ou homéopathe. Un *Médecin* qui émet une confirmation, un pronostic ou un diagnostic relié à un bénéfice payable selon les conditions de cette police ne peut être un membre de *Votre* famille.

« **Médicament** » signifie une substance chimique ou biologique qui modifie ou corrige les fonctions organiques ou le processus d'une *Maladie*. Le *Médicament* doit être prescrit ou recommandé par un *Médecin* licencié et inscrit à *Votre* dossier médical.

« **Personne assurée** » signifie chacune des personnes nommées dans la proposition et assurées en vertu de la police.

« **Phase terminale** » signifie qu'en raison de *Votre* état de santé, un *Médecin* estime que *Vous* avez une espérance de vie d'au plus douze (12) mois.

« **Rechute** » signifie une réapparition de *Symptômes* reliés ou causés par un trouble de santé qui fut préalablement diagnostiqué par un *Médecin* ou pour lequel un *Traitement* aurait déjà été reçu.

« **Représentant** » veut dire tout organisme ou toute personne légale accrédités auprès de l'*Assureur* pour vendre cette assurance et accepter le paiement des primes.

« **Stable et sous contrôle** » signifie tout état de santé (autre qu'une *Affection mineure*) pour lequel chacun des énoncés ci-après est véridique :

1. aucun nouveau diagnostic n'a été prononcé, aucun nouveau *Traitement* ni *Médicament* d'ordonnance n'a été prescrit (incluant « prescrit au besoin »);
2. il n'y a eu aucun changement de fréquence ou de type de *Traitement* reçu, ni aucun changement de *Votre* médication soit par l'ajout ou l'arrêt d'un *Médicament* ou encore une modification (augmentation ou diminution) de posologie ou fréquence d'un *Médicament* (**Exceptions** : rajustement périodique de l'insuline, de la Warfarine ou du Coumadin visant à contrôler la concentration dudit *Médicament* dans votre sang et le remplacement d'un *Médicament* de marque déposée par un *Médicament* générique dont la posologie est la même).
3. aucun nouveau *Symptôme* n'est apparu, ni aucune hausse dans la fréquence ou la sévérité des *Symptômes*;
4. les résultats de tests ne témoignent d'aucune détérioration de l'état de santé;
5. il n'y a eu aucune *Hospitalisation*, ni aucun renvoi à un spécialiste (fait ou recommandé) et vous n'attendez pas les résultats d'examen relativement à un problème de santé.

« **Symptôme** » signifie une douleur, une sensation, une faiblesse, un trouble sensoriel rapporté par le patient et qui est inscrit dans son dossier médical.

« **Traitement** » signifie une procédure médicale, thérapeutique ou diagnostique prescrite, effectuée ou recommandée par un *Médecin*, incluant un suivi d'une condition spécifique suite à un test anormal et/ou un changement dans l'état de santé, les *Médicaments* sur ordonnance (incluant « prescrit au besoin »), les tests exploratoires et la chirurgie.

« **Transporteur public** » signifie un moyen de transport exploité en vertu d'un permis de transport de passagers payants par voie terrestre, aérienne ou maritime.

« **Urgence** » signifie toute *Maladie* ou *Blessure* inattendue qui exige une attention médicale ou *Traitement* immédiat pour prévenir ou minimiser une menace à la vie ou à la santé de la *Personne assurée*. Une *Urgence* cesse d'exister quand, selon le directeur médical de l'Assistance d'*Urgence*, la condition est assez stable pour permettre un retour dans *Votre* province de résidence afin de poursuivre l'investigation médicale ou recevoir le *Traitement* médical approprié.

« **Véhicule** » veut dire une automobile privée, une motocyclette, une fourgonnette, un véhicule récréatif (VR) ou une remorque appartenant à la *Personne assurée* ou louée par elle.

« **Vous, Vos, Votre** » signifie chacune des personnes nommées dans la proposition et assurées en vertu de la police.

« **Voyage** » veut dire un voyage à l'extérieur de *Votre* province de résidence par une personne assurée pendant la *Durée de la police*.

IV. ASSURANCE VOYAGE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE

Cette assurance prévoit les prestations suivantes en cas d'*Urgence* médicale. Veuillez *Vous* référer à *Votre* proposition et à *Votre Confirmation d'assurance voyage* pour voir si *Vous* êtes couverts par cette protection optionnelle.

Chaque *Personne assurée* bénéficie des prestations suivantes, pour les frais usuels, coutumiers et raisonnables énumérés ci-dessous, qui excèdent les montants couverts par le régime provincial d'assurance maladie de la *Personne assurée* ou tout autre régime en vigueur. Le montant maximal payable après toute autre protection en vigueur est de 5 000 000 \$ CAN pour la *Durée de la police*.

L'*Assureur* remboursera :

1. FRAIS MÉDICAUX (*Hospitalisation*)

Les frais d'*Hospitalisation*, en chambre semi-privée jusqu'à concurrence des limites usuelles, coutumières et raisonnables pour la région où se produit l'*Hospitalisation*.

2. FRAIS ACCESSOIRES

Les frais accessoires (téléphone, télévision, stationnement, etc.) à une *Hospitalisation* couverte sur présentation de pièces justificatives jusqu'à concurrence de 100 \$ CAN par *Hospitalisation*.

3. HONORAIRES DE MÉDECIN

Les honoraires de *Médecin* jusqu'à concurrence des limites usuelles, coutumières et raisonnables pour la région où le *Traitement* est effectué.

4. APPAREILS MÉDICAUX

L'achat de béquilles, cannes, attelles, plâtres, écharpes, bandages herniaires, corssets orthopédiques, la location de fauteuil roulant ou de marchette, lorsque prescrits par le *Médecin* traitant jusqu'à concurrence des limites usuelles, coutumières et raisonnables de la région où le *Traitement* est effectué.

5. HONORAIRES D'INFIRMIERS

Les honoraires pour les soins privés d'un infirmier diplômé (qui n'a aucun lien de parenté avec la *Personne assurée*) durant la période de convalescence à *Votre* domicile de voyage immé-

diatement après une *Hospitalisation d'Urgence* couverte, lorsque ces soins sont prescrits par le *Médecin* traitant et jugés nécessaires médicalement, et jusqu'à concurrence de 3 000 \$ CAN par *Événement* et par *Personne assurée*, sujet à l'approbation de l'ASSISTANCE D'URGENCE.

6. FRAIS DE DIAGNOSTIC

Les frais de radiologie et d'analyse en laboratoire prescrits par le *Médecin* traitant dans le contexte d'un *Traitement d'Urgence*, jusqu'à concurrence des limites usuelles, coutumières et raisonnables de la région du *Traitement*.

7. MÉDICAMENTS PRESCRITS DANS LE CADRE D'UN TRAITEMENT D'URGENCE

Le coût des *Médicaments* obtenus sur ordonnance d'un *Médecin* pour une nouvelle condition couverte suite à une *Urgence médicale*. Toute ordonnance couverte est sujette à une franchise non remboursable de 5 \$ US. Le paiement de la prescription ne sera valide que pour la période initiale de 30 jours après l'*Urgence*. Le coût des *Médicaments* au-delà de cette période n'est pas couvert.

8. SOINS DENTAIRES D'URGENCE

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour traiter une *Blessure* à une dent naturelle et saine suite à un coup accidentel à la bouche sont couverts, de même que le *Traitement* d'une fracture ou une dislocation de la mâchoire. Le *Traitement* doit débuter et se terminer pendant la *Durée de la police*. Une indemnité maximale de 1 000 \$ CAN est accordée par *Accident* et par *Personne assurée*.

Cependant, tout soin dentaire requis suite à l'introduction volontaire d'un aliment ou d'un objet dans la bouche, la perte d'un amalgame, les *Traitements* de canal, la pose de couronnes, ainsi que le remplacement ou la réparation d'une (des) dent(s) artificielle(s) ne sont pas couverts qu'ils résultent d'un *Accident* ou non.

9. SOINS OCULAIRES

Si une intervention chirurgicale ou un traitement au laser est une *Urgence médicale*, le premier 2000 \$ CAN est couvert à cent pour cent (100 %) et le bénéfice est limité à cinquante pour cent (50 %) du coût réel au-delà de ce montant. Toute dépense reliée au glaucome ou à une chirurgie de la cataracte n'est pas couverte.

10. SERVICE D'AMBULANCE

Les frais de services ambulanciers locaux, seulement en cas d'*Urgence*, pour conduire la *Personne assurée* jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche ou pour le transfert inter-hospitalier.

11. FRAIS PARAMÉDICAUX

Les honoraires d'un chiropraticien, podiatre ou physiothérapeute (y compris la radiologie exigée par ces derniers) seront remboursés à 50 % et jusqu'à un maximum de 300 \$ CAN par *Personne assurée*. Les factures originales et la preuve de paiement seront exigées.

12. FRAIS DE TRANSPORT

Les services suivants doivent être planifiés et autorisés au préalable par L'ASSISTANCE D'URGENCE :

A. TRANSPORT D'URGENCE AU CHEVET DE LA PERSONNE ASSURÉE

L'*Assureur* rembourse les frais de transport aérien aller-retour par le trajet le plus direct depuis le Canada, en classe économique, d'un (1) membre de la *Famille immédiate* de la *Personne assurée*, pour se rendre à l'*Hôpital* où séjourne la *Personne assurée* depuis au moins sept (7) jours consécutifs, à condition que le *Médecin* traitant note par écrit la nécessité de la visite ou en cas de décès, pour identifier la *Personne assurée* décédée, avant la remise de la dépouille.

B. RAPATRIEMENT AÉRIEN AU LIEU DE RÉSIDENCE

Suite à une consultation avec le *Médecin* traitant, ou suite à une *Urgence* nécessitant le rapatriement de la *Personne assurée* dans sa province de résidence pour des soins immédiats, l'*Assureur* remboursera les frais supplémentaires engagés pour le rapatriement de la *Personne assurée* vers son lieu de résidence au Canada par l'un des moyens suivants : ambulance aérienne, civière ou aller simple sur un vol régulier avec ou sans un professionnel de la santé, à être déterminé selon le cas.

Si *Votre* compagnon de voyage (détenant une police d'assurance voyage émise par l'*Assureur*) a bénéficié d'un rapatriement aérien à son lieu de résidence, l'*Assureur* Vous remboursera le coût d'un billet aller simple sur un vol régulier vers *Votre* province de résidence au Canada.

C. RETOUR DE LA DÉPOUILLE

L'*Assureur* remboursera les frais raisonnables et habituels pour la préparation et le transport de la dépouille de la *Personne assurée* décédée jusqu'au lieu de sa résidence au Canada. Le coût d'incinération ou d'enterrement sur place de la *Personne assurée* décédée est couvert jusqu'à concurrence des limites usuelles, coutumières et raisonnables à l'endroit où le décès se produit. Le coût d'un cercueil, d'une urne ou des funérailles n'est pas couvert.

D. RETOUR D'UN VÉHICULE

Suite à une *Urgence*, si le *Médecin* traitant à destination confirme par écrit *Votre* incapacité de conduire *Votre Véhicule* jusqu'à *Votre* domicile dans *Votre* province de résidence ou le *Véhicule* que *Vous* louez vers le dépôt le plus près, l'*Assureur* remboursera le moindre des frais raisonnables et nécessaires suivants encourus pour le rapatriement de *Votre Véhicule*, et ce, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ CAN :

- 1) Les frais d'un billet d'avion - aller simple en classe économique, essence, repas (excluant l'alcool) et nuitées dans un établissement commercial encourus par un particulier ; ou
- 2) Les frais demandés par une agence professionnelle.

Ces frais ne seront accordés que si *Votre Véhicule* est retourné à *Votre* domicile dans les 30 jours suivant *Votre* retour dans *votre* province de résidence. Des reçus originaux détaillés seront exigés. Les frais de location de voiture en attendant la livraison de *Votre Véhicule* ne sont pas couverts.

13. FRAIS ENCOURUS LORS D'UN RETOUR RETARDÉ

Un remboursement maximal de 150 \$ CAN par jour, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ CAN par *Personne assurée*, pour les frais nécessaires et raisonnables d'hébergement et de repas lorsque le retour d'un *Voyage* assuré est reporté au-delà de la date prévue suite à une *Urgence médicale*, au décès d'une *Personne assurée*, ou de celui d'un membre de sa *Famille immédiate*, pendant la *Durée de la police*.

14. ALLER-RETOUR D'URGENCE

Ce bénéfice NE REQUIERT PAS D'APPROBATION PRÉALABLE de l'Assistance d'Urgence. Si vous rencontrez les critères ci-dessous, soumettez votre réclamation à l'Assureur au plus tard 90 jours suivant Votre retour dans Votre province de résidence.

Ce bénéfice n'est pas applicable au Plan Annuel à un Plan par Voyage pour un *Voyage* de moins de 30 jours. Cette garantie ne peut se substituer à la protection Annulation et interruption de voyage et ne couvre pas les retours anticipés vers *Votre* province de résidence.

Ce bénéfice prévoit le remboursement des frais imprévus et éligibles de transport aérien que vous avez encourus d'urgence suite :

- au décès d'un membre de *Votre Famille immédiate* ou de son *Hospitalisation* pendant au moins 7 jours consécutifs;
- à tout dommage causé à *Votre* résidence principale la rendant inhabitable ou à *Votre* commerce le rendant inexploitable.

Sur présentation d'un formulaire de réclamation et de preuves justificatives, l'*Assureur* remboursera les frais raisonnables et habituels, lorsque éligibles, d'un seul transport aller-retour, par avion, via le trajet le plus direct en classe économique à la province de résidence de l'assuré, jusqu'à un maximum de 1 500 \$ CAN par *Personne assurée* pendant la *Durée de la police*.

Vous n'êtes pas éligible à cette garantie si :

- dans les 6 mois précédant la *Date de départ*, le membre de *Votre Famille immédiate* a été hospitalisé, a eu une condition en *Phase terminale* ou a résidé dans un centre de soins pour patients avec limitations nécessitant une assistance médicale continue (tel un Centre d'hébergement de soins longue durée (CHSLD)); ou
- à la *Date de départ*, *Vous* connaissiez une situation qui pourrait *Vous* empêcher de poursuivre *Votre Voyage* tel que prévu lors de l'achat.

15. ASSURANCE VIE EN CAS D'ACCIDENT DURANT LE SÉJOUR

L'*Assureur* couvre la *Personne assurée* contre la perte accidentelle de la vie pour un montant de 25 000 \$ CAN. La perte doit résulter directement d'un *Accident*, indépendamment de toutes autres causes, subi pendant un *Voyage* assuré et doit survenir dans les 365 jours de la date de l'*Accident*.

16. ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE AVEC SOINS CONTINUS

Cette protection prévoit le remboursement de frais encourus après la *Date d'entrée en vigueur* pour des soins continus reliés à une *Urgence* survenue durant la portion initiale couverte par une autre assurance, donc avant la *Date d'entrée en vigueur* de la police Multi+Protect.

Ce bénéfice est conditionnel à ce que :

- l'*Assureur* soit avisé aussitôt que possible lorsqu'un *Changement* dans *Votre* état de santé survient durant la protection initiale de l'autre assurance. L'*Assureur* se réserve le droit d'exclure la condition reliée au *Changement* de *Votre* état de santé comme il aurait procédé si la portion initiale avait été assurée avec lui; et
- la dite *Urgence* médicale soit conforme aux termes, aux limites et aux garanties de la police Multi+Protect comme si celle-ci avait été en vigueur depuis le début du voyage.

17. PÉRIODE DE STABILITÉ RÉDUITE (Protection Optionnelle, si disponible)

Vous pouvez choisir, en payant une prime additionnelle, de réduire la durée de l'exclusion #1 relative aux *Conditions préexistantes* de six (6) mois à trente (30) jours, et ce pour une condition spécifique déterminée sur *Votre* proposition. Veuillez *Vous* référer à *Votre* proposition afin de déterminer si *Vous* avez choisi cette option.

Si *Vous* avez choisi cette option, la portée de l'exclusion #1 de *Votre* police est réduite à trente (30) jours pour la condition spécifique inscrite à l'Annexe – Option de Période de Stabilité Réduite incluse dans *Votre* proposition d'assurance. Dans le cas d'une réclamation résultant de cette condition, si cette dernière n'a pas été *Stable et sous contrôle* pour une période d'au moins trente (30) jours avant la *Date de départ*, aucune prestation ne sera payable (veuillez consulter la définition de *Stable et sous contrôle* de *Votre* police pour plus de détails).

En cas de réclamation, la franchise demeure applicable, le cas échéant.

V. EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET RÉDUCTIONS DE BÉNÉFICES

Aucune prestation n'est payable en vertu de cette police si la perte subie ou les frais engagés résultent directement ou indirectement de l'une des causes suivantes, pour :

1. Toute condition ou tout *Changement* à *Votre* état de santé (sauf une *Affection mineure*) qui n'a pas été *Stable et sous contrôle* pour une période de trois (3) mois avant la *Date de départ* pour les *Personnes assurées* âgées de 3 mois à 59 ans et pour une période de six (6) mois avant la *Date de départ* pour les *Personnes assurées* âgées de 60 ans et plus, à moins d'un avis contraire écrit de l'*Assureur*.

Exception : l'hypertension artérielle ne requiert seulement que deux (2) mois de stabilité si *Vous* n'avez aucune condition cardiaque, vasculaire, respiratoire ou neurologique.

2. Tous services, procédure médicale ou *Traitement* non autorisé par l'Assistance d'Urgence ou qui ne rencontrent pas la définition d'*Urgence* telle que définie dans cette police et par le directeur médical de l'Assistance d'Urgence.

Ceci inclut, mais sans s'y limiter : les prélèvements sanguins (ex. : Coumadin), les évaluations d'investigation ou d'observation (ex. : imagerie à résonance magnétique), les examens généraux de routine, les *Médicaments* expérimentaux ou préventifs, les vaccins, les *Traitements* électifs, la chirurgie esthétique, le nettoyage d'oreille, la coronarographie, l'angioplastie, la colonoscopie, la biopsie, la cystoscopie, l'endoscopie, la chirurgie et l'insertion, le retrait ou l'ajustement d'implant.

3. Une chirurgie esthétique ou toute autre intervention chirurgicale électorale, une consultation ou un *Traitement* non urgent.

4. Toute *Rechute* d'une *Blessure*, d'une *Maladie* ou de *Symptômes* pour lesquels un *Traitement* a été reçu durant le *Voyage* assuré, dans quel cas, l'*Assureur* se réserve le droit d'exclure l'appareil ou système en question.

5. Toute dépense afférente à un *Traitement* pour *Maladie* ou *Blessure* engagée dans *Votre* province de résidence.

6. Toute condition médicale pour laquelle une recommandation ou *Traitement* médical n'a pas été suivi ou complété ou pour laquelle les *Symptômes* ont été ignorés par la *Personne assurée*. Ceci inclut également, les directives formulées par l'Assistance d'urgence ou l'*Assureur*.

7. Tout *Traitement* ou test relié à une condition sous investigation, incluant toute condition dont les résultats de test(s) sont anormaux avant le départ.

8. Toute dépense reliée au remplacement, à la réparation ou à l'ajustement d'une prothèse quelconque, à l'exception d'une prothèse du genou ou de la hanche.

9. L'achat de *Médicaments* en vente libre prescrits ou non.

10. Tous frais occasionnés par *Votre* grossesse ou accouchement, soins prénataux courants, traitements de fertilité, l'interruption volontaire de grossesse, un enfant né durant *Votre Voyage* de même que les complications liées à *Votre* grossesse lorsqu'elles surviennent dans les neuf (9) semaines précédant ou suivant la date prévue d'accouchement.

11. Tout *Accident*, *Maladie* ou *Blessure* survenu lors de *Votre* participation à un sport professionnel, ou de compétition, ou tout genre d'épreuve de vitesse, vol à voile, deltaplane, escalade de rochers, l'alpinisme (ascension ou descente d'une montagne exigeant l'utilisation de matériel spécialisé, incluant mais non limité à des crampons, piolets, ancrages, mousquetons et équipement pour faire

- du premier de cordée et de la moulinette), du parachutisme en chute libre ou non, de toute autre activité aérienne, du saut à l'élastique, de l'activité spéléologique, du rafting, de planche à neige acrobatique, de ski acrobatique (incluant le kitesurf) ainsi que tout sport sous-marin avec appareil respiratoire (à l'exception de la plongée en surface) ou de toute autre activité qui requiert que la *Personne assurée* signe un formulaire de décharge de responsabilité en cas d'accident.
12. Perte résultant d'un *Accident, Maladie* ou *Blessure* à bord d'un véhicule commercial, autrement qu'à titre de passager, ou lors d'un voyage aérien, autrement qu'à titre de passager à bord d'un *Transporteur public*.
 13. Tout *Traitement* ou *Médicament* relié directement ou indirectement à une *Maladie* transmise sexuellement et/ou au virus d'immunodéficience humaine (VIH) et/ou au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA).
 14. Tout *Accident, Maladie* ou *Blessure* relié à et/ou provoqué par l'alcool ou l'abus d'alcool, de *Médicament(s)*, de drogues, de substances toxiques et/ou de *Symptômes* de sevrage. L'abus d'alcool est déterminé par un taux d'alcoolémie supérieur à 80 mg/100 ml de sang.
 15. Tout *Voyage* en dehors de la province de résidence dans le but d'obtenir un avis médical ou de suivre un *Traitement*, même sous recommandation d'un *Médecin*.
 16. Un suicide, tentative de suicide ou automutilation, que la *Personne assurée* soit saine d'esprit ou non.
 17. Toute *Blessure* ou *Maladie* ou cause d'annulation et interruption résultant :
 - a) d'un affrontement public ;
 - b) d'une guerre ou d'un fait de guerre (déclarée ou non) ;
 - c) d'une exposition volontaire à un péril quelconque ;
 - d) d'une instabilité politique ;
 - e) d'une perpétration ou l'intention de perpétrer un crime ou une infraction criminelle par *Vous* ou *Votre* bénéficiaire ;
 - f) d'une exposition reliée à un avertissement aux voyageurs émis officiellement par le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international du Canada (www.voyage.gc.ca) lors d'un *Voyage* dans un pays, région ou territoire non recommandé*.
- * Il est de *Votre* responsabilité de vérifier le statut de *Vos* destinations ; l'*Assureur* se réserve le droit de refuser la couverture et/ou toute réclamation.
18. Toute *Blessure* ou *Maladie* ou tout décès résultant d'actes de terrorisme.
 19. Toute condition résultant de troubles mentaux, nerveux, psychologiques, psychotiques ou psychiatriques incluant la dépression, l'anxiété et l'insomnie.
 20. Tout soin ou service donné pour la commodité du patient.
 21. Tout *Traitement* qui peut raisonnablement être reporté jusqu'au retour à la province de résidence de la *Personne assurée*, même si la perception que la disponibilité ou la qualité des soins pourrait être moindre dans sa province de résidence. (Voir la définition du mot « *Urgence* »).
 22. Tout *Médicament* ou *Changement de Médicament* relié à la stabilisation d'une condition médicale existante avant la *Date de départ*.
 23. Tous frais encourus dans le but de permettre la cueillette d'organes, d'obtenir une greffe ou de faire un don de sang.
 24. Tout refus de la part de la *Personne assurée* (ou de la part de sa famille) d'être transportée à un autre *Hôpital* ou d'être rapatriée dans sa province de résidence. Ex. : Si, suite à une

évaluation médicale et consultation avec le *Médecin* traitant, l'état de santé de la *Personne assurée* est considéré assez stable par le directeur médical de l'ASSISTANCE D'URGENCE pour un transport en commun ou privé (selon l'option la plus appropriée) et que la *Personne assurée* refuse un tel transport, celle-ci cesse d'être couverte et l'*Assureur* est dégagé de toute autre responsabilité.

25. Tout *Accident, Maladie* ou *Blessure* survenu lors d'un *Voyage* relié à un travail rémunérateur ou humanitaire, ou une tâche reliée à *Votre* occupation si *Votre* travail ou occupation *Vous* amène à passer plus de 14 jours hors du Canada au cours d'une année.
26. Une *Blessure, Maladie, Symptôme* ou tout *Changement* à *Votre* état de santé survenu ou apparu entre *Votre Date de départ* et la *Date d'entrée en vigueur* de la police. Cette exclusion ne s'applique pas si les exigences du bénéfice 16. « Assurance complémentaire avec soins continus » sont rencontrées.
27. Les problèmes de santé ou les événements dont *Vous* êtes au courant lorsque *Vous* faites *Vos* réservations de voyage ou lorsque *Vous* procurez cette assurance, et qui constitueraient un empêchement raisonnable d'effectuer le *Voyage* tel que prévu ou si *Vous* avez décidé de voyager contre l'avis d'un *Médecin*.
28. Tous frais reliés à une condition préexistante pour laquelle il est raisonnable de croire ou il est prévu que des *Traitements* seront nécessaires durant *Votre Voyage*.
29. Les sinistres indemnisés ou indemnisables auprès de toute autre source, notamment auprès des fiduciaires ou de tout fonds de compensation gouvernemental.
30. Les dommages indirects de quelque nature que ce soit, y compris la privation de jouissance et les préjudices financiers non expressément couverts par cette police d'assurance.
31. Fraude ou tentative de fraude, dissimulation ou fausse déclaration relative à la présente assurance ou à la présentation d'une réclamation sous cette police d'assurance.

VI. FRANCHISES

1. **Franchise traditionnelle** : Le montant entier de la franchise est applicable par *Événement*.
2. **Franchise pour soins hospitaliers** : Le montant entier de la franchise est applicable dès qu'un *Événement* engendre une *Hospitalisation*, visite à la salle d'urgence d'un hôpital, visite en clinique interne ou externe d'un hôpital. La franchise est également applicable au transport ambulancier qu'il soit terrestre ou aérien.

Au moment de la souscription, l'*Assureur* se réserve le droit d'imposer une franchise traditionnelle ou de soins hospitaliers, et ce, sans escompte ou rabais. La *Personne assurée* peut réduire sa prime d'assurance en choisissant une franchise pour soins hospitaliers.

Dès qu'un contrat est émis avec une franchise, la *Personne assurée* s'engage à rembourser l'*Assureur* ou à acquitter les frais médicaux éligibles équivalents au montant de la franchise indiquée. Lors d'une réclamation, la *Personne assurée* paie le montant de la franchise à l'*Assureur* qui se charge de payer le fournisseur concerné pour le montant dû. Si le montant de la franchise n'est pas remis à temps, l'*Assureur* paiera sa part contractuelle et tout excédent sera dû par la *Personne assurée* directement au fournisseur de services.

La *Personne assurée* a droit à un remboursement partiel de la franchise payée à l'*Assureur* lorsque la coordination de bénéfices avec le Régime provincial d'assurance maladie ou d'autres tiers ramène le montant net de la réclamation reliée à l'*Événement* sous la valeur de la franchise.

VII. PROLONGATION DE LA POLICE

A. DEMANDE DE PROLONGATION

Une *Personne assurée* qui veut prolonger la *Durée de sa police* doit communiquer avec son *Représentant* ou avec l'*Assureur* durant les heures normales de bureau au moins cinq (5) jours avant la *Date d'expiration* de la police et payer une prime supplémentaire. La prime supplémentaire est la différence entre la prime initiale et la prime exigible pour la durée totale de la garantie, incluant la prolongation. Renseignez-vous auprès de l'*Assureur*. Il n'y aura aucune prolongation possible après la *Date d'expiration* de la police.

Toute condition traitée pendant la période initiale de la police sera automatiquement exclue dès le 1^{er} jour de la période de prolongation.

Remarque : L'*Assureur* se réserve le droit de permettre ou non la prolongation de la protection d'assurance au cas par cas.

B. PROLONGATION AUTOMATIQUE

Pour un retard indépendant de la volonté de la *Personne assurée* (ex. : *Accident*, bris de voiture), la *Durée de la police* sera automatiquement prolongée pour une période maximale de 72 heures sans frais supplémentaires. Si des soins médicaux s'avèrent nécessaires durant ladite période de 72 heures, des pièces justifiant la raison du retard seront exigées par l'*Assureur*. Si une *Hospitalisation* pour une *Urgence* dépasse la *Date d'expiration*, *Votre* couverture demeurera en vigueur jusqu'à *Votre* congé de l'*Hôpital* et c'est à ce moment que ladite prolongation de 72 heures débutera.

VIII. COORDINATION DES PRESTATIONS AVEC LES AUTRES RÉGIMES D'ASSURANCE

1. Cette police est destinée à garantir le remboursement des frais de soins médicaux d'*Urgence* en excédent des montants couverts par toute autre assurance souscrite par la *Personne assurée*. Elle ne remplace aucune autre assurance qui serait en vigueur et qui aurait remboursé les dépenses engagées en l'absence de la présente police, telles que une assurance locataire ou propriétaire occupant, toute assurance responsabilité générale, une assurance combinée, une assurance de soins continus, une assurance automobile (incluant le régime gouvernemental d'assurance automobile) ou une assurance collective. L'*Assureur* n'exercera pas son droit de subrogation/coordination envers tout programme si le maximum à vie de tous les avantages dans le pays ou hors du pays est de 100 000 \$ CAN ou moins.
2. En cas de paiement de prestations, la *Personne assurée* accorde à l'*Assureur* le droit d'exercer par subrogation tous ses droits de récupération contre tout tiers jusqu'à concurrence des paiements déjà effectués par l'*Assureur*. L'*Assureur* ne peut recevoir plus de 100 % de la perte subie par suite du sinistre assuré. La *Personne assurée* s'engage à remplir tous les documents requis et prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir à l'*Assureur* l'exercice de ses droits. À défaut de quoi, l'*Assureur* se réserve le droit de refuser la réclamation.
3. Aucune garantie ou aucun paiement ne sera accordé si la *Personne assurée* reçoit des indemnités d'une partie autre que l'*Assureur* pour les demandes de règlements présentées dans le cadre de cette police. La *Personne assurée* ne peut demander ou recevoir, de toutes les parties impliquées, plus de 100 % de la perte subie par suite du sinistre assuré.

IX. CONDITIONS GÉNÉRALES

1. La garantie est nulle et non avenue si un chèque n'est pas honoré pour quelque raison que ce soit ou si le débit porté à une carte de crédit est refusé.

2. Tout *Changement* dans l'état de santé de la *Personne assurée* doit être rapporté à l'*Assureur* avant la *Date d'entrée en vigueur* de la police d'assurance.
3. La police doit être achetée et payée en entier avant *Votre Date de départ* de *Votre* province de résidence.
4. Les primes peuvent être modifiées sans préavis.
5. Toutes les prestations sont payables en devises canadiennes à la *Personne assurée* ou à sa succession si celle-ci est décédée. Nous pouvons choisir de payer les prestations dans la dénomination du pays où les frais sont encourus. Dans tous les cas, le taux de change utilisé pour la conversion sera basé sur le taux de change effectif à la date d'émission du chèque, à moins qu'une preuve du taux de change effectif au moment du paiement des services ne soit soumise à l'*Assureur*.
6. Aucune prestation impayée ne peut porter intérêt.
7. La *Personne assurée* accorde à l'*Assureur* le droit d'obtenir ses dossiers médicaux et toute autre information de la part de *Médecins*, dentistes et établissements médicaux que l'*Assureur* juge nécessaire, et s'engage à signer une autorisation permettant à l'*Assureur* d'obtenir ces renseignements en cas de réclamation. À défaut de quoi l'*Assureur* se réserve le droit de refuser la réclamation.
8. Nonobstant toute autre disposition des présentes, le présent contrat est soumis aux dispositions légales de la Loi sur les assurances au sujet des contrats d'assurance accident.
9. Toute action ou procédure contre un assureur pour le recouvrement des sommes payables aux termes du contrat est absolument interdite sauf si débutée dans le délai prévu par la Loi sur les assurances. Toutes les actions juridiques doivent avoir lieu dans la province de résidence de la *Personne assurée*.
10. Toutes les dispositions de la police s'appliquent par personne et par *Durée de la police*.

11. En cas de consultation médicale ou d'*Hospitalisation* suite à un *Accident* ou à une *Maladie* subite, la *Personne assurée* ou la personne qui l'accompagne doit immédiatement appeler L'ASSISTANCE D'URGENCE. Composez sans frais le 1 844 820-6588 (USA et Canada), 1 888 820-6588 (ailleurs) ou à frais virés au 1 819 377-2241.

Si *Vous* faites défait d'immédiatement appeler l'ASSISTANCE D'URGENCE, votre demande d'indemnité pourrait subir un retard ou être rejetée. L'*Assureur* se réserve le droit de limiter le remboursement des frais éligibles au moindre des frais qui auraient été payés pour des services rendus à l'intérieur de son réseau de fournisseurs de services ou à 70% des frais éligibles effectivement payés et ce, jusqu'à une limite globale de 25 000 \$ CAN.

Vous devez accepter l'institution de soins ou la clinique ou le *Médecin* recommandé par L'ASSISTANCE D'URGENCE. Si *Vous* refusez la recommandation, L'*Assureur* se réserve le droit de limiter le remboursement des frais éligibles au moindre des frais qui auraient été payés pour des services rendus à l'intérieur de son réseau de fournisseurs de services ou à 70% des frais éligibles effectivement payés et ce, jusqu'à une limite globale de 25 000 \$ CAN.

La coordination des soins doit se faire à compter du tout début et durant toute la durée du *Traitement* et doit impliquer le patient et/ou sa famille, le *Médecin* traitant et l'Assistance médicale d'urgence. Autrement, les limitations du paragraphe ci-dessus seront applicables.

L'ASSISTANCE D'URGENCE et/ou l'*Assureur* se réservent le droit de divulguer de l'information médicale à un tiers, lorsque jugé nécessaire pour traiter des prestations ou pour recouvrer des coûts.

*Si des circonstances exceptionnelles empêchent la *Personne assurée* d'appeler L'ASSISTANCE D'URGENCE, celle-ci ou la personne qui l'accompagne doit appeler L'ASSISTANCE D'URGENCE dans les plus brefs délais suivant une admission dans un *Hôpital* ou dans une salle d'*Urgence* et doit fournir la preuve de ces circonstances exceptionnelles à l'*Assureur*.

12. En cas de réclamation, Vos antécédents médicaux seront révisés afin de déterminer *Votre* admissibilité aux bénéfices.
13. L'*Assureur* se réserve le droit d'annuler la protection d'assurance voyage dans le cas où des informations pertinentes, médicales ou autres, ont été omises ou déguisées lorsque la proposition d'assurance a été complétée ou avant la date de départ de la *Personne assurée*. Aucune prestation ne sera payable en cas de déclaration médicale inexacte.
14. L'*Assureur* conserve tous ses droits de recouvrement, pour des sommes avancées de bonne foi au bénéfice de la *Personne assurée*, s'il devait être déterminé que la *Personne assurée* n'était pas admissible à la couverture. Les frais administratifs encourus par l'*Assureur* pour recouvrer lesdites sommes seront également la responsabilité de l'assuré.
15. En cas de désaccord pour le remboursement d'une réclamation, la *Personne assurée* qui désire contester la décision de l'*Assureur* devra obligatoirement, avant d'intenter quelque procédure judiciaire que ce soit, demander par écrit que sa réclamation soit réévaluée par le comité de révision des réclamations de l'*Assureur*. La demande de révision doit être envoyée au plus tard trente (30) jours suivant la réception de la position de l'*Assureur*. Ledit comité prendra en considération toute information pertinente fournie par la *Personne assurée* et une décision basée sur les clauses et les conditions de la police sera rendue par écrit, et ce, dans les 30 jours suivant la réception de la demande de révision.

Faire parvenir les demandes de révision au : **COMITÉ DE RÉVISION DES RÉCLAMATIONS**
La Survivance-Voyage, compagnie d'assurance
247, boul. Thibreau, Trois-Rivières (Québec) G8T 6X9

16. Les bénéfices de la police ne peuvent être assignés à une tierce partie sans le consentement écrit de l'*Assureur*.

X. COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE D'INDEMNISATION

Les documents suivants doivent être reçus dans les 90 jours suivant *Votre* retour de voyage dans *Votre* province de résidence.

Il peut vous être requis de payer directement les fournisseurs de service. La coordination des soins avec l'ASSISTANCE D'URGENCE facilitera alors un remboursement rapide.

- a) Toute facture originale détaillée;
- b) La demande de remboursement ou l'autorisation exigée par le régime d'assurance maladie de *Votre* province de résidence dûment complétée et signée;
- c) Une demande de règlement fournie par l'*Assureur* dûment complétée et signée;

Les reçus sous forme d'un coupon de caisse ne seront pas considérés aux fins de remboursement.

LE FAIT DE NE PAS REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET D'AUTORISATION EN ENTIER POURRAIT AVOIR POUR EFFET D'INVALIDER VOTRE DEMANDE D'INDEMNITÉ.

Les frais pour faire compléter un certificat médical ou un formulaire de demande de règlement ne sont pas couverts par l'*Assureur*.

Tous les formulaires de demande de règlement sont disponibles en ligne à l'adresse : www.tourmed.ca ou en appelant au 1 800 268-9633.

XI. REMBOURSEMENT DES PRIMES

Les demandes de remboursement des primes seront prises en considération uniquement dans le cas de non-départ ou de retour anticipé, sous réserve que :

Remboursement de prime pour non-départ :

- a) pour les détenteurs d'un Plan par Voyage, la demande de remboursement doit nous parvenir avant la *Date de Départ* à défaut de quoi, la demande sera considérée comme un remboursement de prime pour un retour anticipé.
- b) pour les détenteurs d'un Plan Annuel, la demande de remboursement doit nous parvenir avant la *Date d'entrée en vigueur*. Il n'y aura aucun remboursement possible après cette date.

Remboursement de prime pour un retour anticipé :

- a) aucune demande d'indemnisation n'ait été payée ou soit en cours de traitement;
- b) aucune dépense n'ait été faite par l'*Assureur* pour un retour aérien d'*Urgence* dans *Votre* province de résidence pour la *Personne assurée* et/ou celle qui l'accompagne;
- c) l'*Assureur* devra avoir reçu la demande de remboursement ainsi que les pièces justificatives (affichant le nom de la *Personne assurée*, la date et le lieu de la transaction*) dans les 30 jours suivant le retour dans *Votre* province de résidence.

*Exemple : État de compte de carte de crédit, reçu de carte de crédit, confirmation écrite obtenue aux douanes/cachet de l'immigration, billet d'avion ou carte d'embarquement.

Les remboursements seront calculés à partir de la date de la pièce justificative ou du cachet postal. Il n'y aura aucuns frais d'administration, mais aucun remboursement ne sera effectué pour un montant inférieur à 20 \$ CAN.

PLAN ANNUEL

La prime que *Vous* avez payée ne peut être remboursée qu'avant la *Date d'entrée en vigueur* de la police.

XII. RETOUR DANS VOTRE PROVINCE DE RÉSIDENCE

Si la *Personne assurée* en vertu d'un plan par voyage retourne dans sa province de résidence, ladite police est automatiquement résiliée à moins que l'Option d'interruption de voyage décrite ci-dessous s'applique.

Option d'interruption de voyage

Vous pouvez retourner dans *Votre* province de résidence une fois durant la *Durée de la police* sans que *Votre* police ne se termine à *Votre* retour dans ladite province de résidence. *Vous* devez rencontrer toutes les conditions suivantes pour que l'Option d'interruption de voyage s'applique :

- *Vous* ne devez pas avoir encouru de réclamation durant *Votre* voyage,
- *Vous* ne devez pas avoir reçu de *Traitement* médical (autre qu'une *Affection mineure*) durant *Votre* visite dans *Votre* province de résidence.

La protection n'est pas en vigueur dans *Votre* province de résidence et aucun remboursement de prime n'est payable pour les jours passés dans *Votre* province de résidence.

Avant d'obtenir des soins, vous devez appeler
L'ASSISTANCE D'URGENCE pour autorisation :

Sans frais : **1 844 820-6588**
1 888 820-6588

De partout dans le monde / Frais virés : 1 819 377-2241