

Section	CONTENU DE LA POLICE	Page
I	Admissibilité à la couverture	1
II	Comment fonctionne la présente police	2
III	Couvertures d'assurance	2
IV	Ce qui est couvert	2
...	Bénéfices d'Assurance maladie	2
V	Limites et Exclusions	3
...	Ce qui n'est pas couvert	3
...	Assurance maladie	3
VI	Conditions générales	5
VII	Définitions	5
VIII	Remboursements	7
IX	Procédures d' Urgence	7
X	Procédures pour réclamations	7
XI	Procédures pour faire appel	7

AVIS RELATIF AU DROIT D'EXAMEN DE LA POLICE

- Veuillez lire attentivement **Votre** Police avant **Votre Voyage**. Si **Vous** n'êtes pas entièrement satisfait de la présente police, veuillez la retourner par courrier recommandé à la **Compagnie** dans les 10 jours de la date d'achat et toute prime payée **Vous** sera remboursée.
- L'Assurance Voyage est conçue pour couvrir les pertes découlant de circonstances soudaines et imprévisibles lors d'une **Urgence**. Il est important de lire et de comprendre **Votre** police avant de partir en **Voyage**, puisque sa protection est assujettie à certaines modalités, conditions, limites et exclusions.
- Bénéfices – Cette police couvre jusqu'à un maximum global de **200 000 \$** à moins que **Vous** n'ayez souscrit un montant inférieur tel que précisé sur **Votre Reçu de police**.
- Exclusions pour toute **Condition médicale préexistante** s'appliqueront aux conditions médicales et/ou symptômes qui existaient à **Votre Date d'entrée en vigueur** ou avant, à moins que **Vous** n'ayez sélectionné de couvrir toute **Condition médicale préexistante** et payé la prime appropriée. (Exclusion # 1).
- Une demande pour couvrir des **Conditions médicales préexistantes** peut se faire avec l'aide de **Votre Représentant**.
- Exclusions par manque de **Stabilité** – Aucune couverture n'est accordée en vertu de la présente police pour les pertes résultant d'une **Maladie** ou **Blessure** si **Votre Période de stabilité** pour la **Maladie** ou **Blessure** en question est moins de 3 mois (Voir Exclusion #3).
- Diabète: Si **Vous** avez été diagnostiqué diabétique, les pertes ou dépenses encourues pour ou résultant d'un **Traitement** pour des conditions de cœur ou d'accident vasculaire cérébral ne seront pas couvertes à moins que **Vous** n'ayez reçu un avenant de souscription médical, lequel divulgue **Votre** historique médical et que **Vous** n'ayez payé la prime additionnelle requise.

- Processus de souscription – Aucune information médicale n'est requise à moins que **Vous** désiriez que **Vos Conditions médicales préexistantes** soient couvertes. Si **Vous** avez rempli une demande pour couvrir toute **Condition médicale préexistante**, veuillez vérifier **Votre** déclaration médicale sur **Votre Proposition d'assurance**. Si **Votre** déclaration médicale contient des divergences ou si des changements surviennent dans **Votre** état de santé ou dans **Vos** médicaments, entre le moment où **Vous** avez répondu aux questions qualifiantes et **Votre Date d'entrée en vigueur**, veuillez contacter le bureau où **Vous** avez acheté la présente police afin de faire les changements nécessaires à **Votre Proposition d'assurance** par écrit. Si **Votre Proposition d'assurance** contient une erreur importante **Vous** risquez que **Votre** police soit nulle et sans effet pour non divulgation ou fausse représentation, **Votre** réclamation refusée, et **Votre** prime remboursée.
- Le présent document de police doit être accompagné d'un **Reçu de police** pour en faire la police au complet.
- **Début de la couverture** : La couverture commence à la **Date d'entrée en vigueur**.
- **Période d'attente** : La couverture pour les pertes encourues résultant d'une **Maladie** ou **Blessure** quelconque commencera cinq jours après la **Date d'entrée en vigueur**, si **Vous** avez acheté **Votre** police après la **Date d'expiration** d'une police existante ou après que **Vous** quittez **Votre** Pays de résidence. Toute **Maladie** qui se manifeste pendant la période d'attente de cinq jours n'est pas couverte même si les frais sont encourus après la période d'attente de cinq jours.
- **Fin de la couverture** : La couverture prend fin à la **Date d'expiration**.
- **Urgence** : En cas d'une hospitalisation ou toute autre **Urgence médicale**, **Vous** devez contacter l'opérateur de l'Assistance d'**Urgence** pour obtenir l'approbation au préalable du **Traitement** ou dans les 24 heures de l'admission à l'**Hôpital** au **1 855 883-6479** ou **416 467-4587** (aux frais virés). Se reporter à « **V-LIMITES ET EXCLUSIONS #32** ».

I ADMISSIBILITÉ À LA COUVERTURE

Vous êtes admissible à la couverture si à la **Date d'entrée en vigueur** :

1. **Vous** êtes âgé d'au moins 15 jours et **Vous** avez 89 ans ou moins et non-assuré, ni admissible aux prestations, en vertu d'un Régime d'assurance-maladie gouvernemental canadien; et
2. **Vous** êtes présentement en bonne santé et **Vous** ne connaissez aucune raison pour laquelle **Vous** auriez besoin de **Traitement** pendant **Votre Voyage assuré**;
3. **Vous** ne résidez pas dans une maison de soins infirmiers, une maison de repos, une maison de convalescence, un centre de réadaptation ou un centre pour personnes âgées à moins que **Vous** n'ayez obtenu la permission écrite de la **Compagnie**.

II COMMENT FONCTIONNE LA PRÉSENTE POLICE – OBJET DE L'ASSURANCE

En contrepartie de *Votre Proposition d'assurance* et du paiement de la prime appropriée et sous réserve des modalités, conditions, limites et exclusions de cette police, la *Compagnie* paiera les bénéfices de cette police, assujettis au maximum global tel que précisé sur *Votre Reçu de police* (moins toute *Franchise* applicable) pour les dépenses admissibles encourues par *Vous* et lesquelles sont excédantes de toute autre assurance ou autres montants; et

- (a) Les paiements sont limités aux montants spécifiés sous chaque option de couverture.
- (b) Des pertes encourues résultant de toute *Condition médicale préexistante* sont exclues à moins que *Vous* n'ayez rempli un questionnaire médical, reçu l'approbation de souscription, payé la prime requise et reçu un avenant écrit et un *Reçu de police*.
- (c) Aucune *Franchise* s'appliquera aux réclamations à moins que *Vous* n'ayez sélectionné une *Franchise* pour *Votre* couverture et la prime sera ajustée en conséquence.
- (d) Si *Votre* état de santé change ou ne demeure pas *Stable* entre la date à laquelle *Vous* avez rempli *Votre Proposition d'assurance* et la *Date d'entrée en vigueur* de la couverture, *Vous* risquez de ne pas jouir de la protection lors d'une réclamation. *Vous* serez peut-être obligé de faire une nouvelle demande de couverture et, le cas échéant, veuillez communiquer avec *Votre Représentant*.
- (e) Des Limites et Exclusions s'appliquent (Voir Section V).

III COUVERTURES D'ASSURANCE

COUVERTURE POUR VOYAGE UNIQUE

Vous pouvez faire la demande d'une couverture pour un *Voyage* unique jusqu'à 365 jours. *Vous* pouvez remplir la *Proposition d'assurance* avant ou après *Votre* arrivée au Canada. Une *Période d'attente* s'appliquera si *Vous* avez fait la demande d'assurance après *Votre* arrivée au Canada.

COUVERTURE PROLONGÉE

Vous pouvez faire la demande d'une Prolongation de *Votre* couverture d'assurance maladie pourvu que *Vous* n'ayez pas encourue de réclamations durant la période précédant la *Date d'entrée en vigueur* de la Couverture Prolongée que *Vous* désirez acheter. La couverture pourra être prolongée seulement si la *Compagnie* y consent. La Couverture Prolongée sera déclarée nulle et sans effet si *Vous* avez encourue une réclamation durant la période précédant *Votre* demande d'une Couverture Prolongée. Il y a des taux minimaux pour les primes qui s'appliquent. La Couverture Prolongée entre en vigueur immédiatement après la *Date d'expiration* de *Votre* couverture existante à condition que *Vous* ayez payé la prime appropriée avant la *Date d'expiration* de *Votre* couverture existante.

AVIS :

- (1) **Couvertures sportives** : les avenants sont disponibles par moyen d'une proposition, et
- (2) **Couverture pour Conditions médicales préexistantes** est disponible par la proposition avec souscription médicale.

Les détails spécifiques de *Votre* régime sont stipulés sur *Votre Reçu de police*, déclaration médicale et si applicable, *Votre Proposition d'assurance*, le tout faisant partie intégrante de la présente police. *Vous* serez responsable des dépenses qui ne sont pas payables par la *Compagnie* et aucune couverture n'est fournie en vertu de la présente police pour des pertes résultant d'une *Maladie* ou *Blessure* si *Votre Période de stabilité* pour ladite *Maladie* ou *Blessure* est moins de 3 mois (Voir Exclusion # 3).

IV CE QUI EST COUVERT

Advenant une *Urgence médicale*, le remboursement sera fait pour les bénéfices nommés lorsqu'ils ne sont pas exclus sous la rubrique « **Ce qui n'est pas couvert** », seulement dans la mesure où:

1. Le remboursement n'est ni prohibé par la loi, ni disponible ou couvert en vertu d'un Régime d'assurance-maladie gouvernemental canadien, la Loi sur les accidents du travail ou loi ou législation similaire ou toute autre Police ou régime d'assurance; et
2. Les soins, services ou approvisionnements étaient fournis ou obtenus sur l'approbation écrite ou prescription d'un *Médecin* ou Dentiste.
3. Les *Conditions médicales préexistantes* pourraient être couvertes si *Vous* avez rempli le questionnaire médical, *Vous* avez payé la prime requise et avez reçu une confirmation écrite de la *Compagnie* à l'égard de cette couverture. Les prestations individuelles maximales s'appliquent comme il est stipulé.

BÉNÉFICES D'ASSURANCE MALADIE

Ce régime fournit une couverture pour les soins médicaux et l'hospitalisation d'*Urgence*, assujetti au maximum global que *Vous* avez choisi lors de *Votre* souscription d'assurance, par *Maladie* ou *Blessure* et assujettie à toute *Franchise* par *Personne assurée*. Des montants maximums s'appliquent pour des bénéfices individuels. Les visites temporaires hors-Canada ne sont pas couvertes.

1. **HOSPITALISATION / SOINS MÉDICAUX D'URGENCE** – Assujetti au maximum global acheté et tel qu'indiqué sur *Votre Reçu de police*.

Les frais d'hospitalisation et de *Traitements* médicaux d'*Urgence* qui sont *Médicalement nécessaires* et les dépenses connexes résultant d'une *Blessure* (accident) ou d'une nouvelle *Maladie* ou affection qui se manifeste pour la première fois durant le *Voyage assuré* sont couverts et les *Conditions médicales préexistantes* sont couvertes si *Vous* avez rempli le questionnaire médical, *Vous* avez payé la prime requise et avez reçu une confirmation écrite de la *Compagnie* à l'égard de cette couverture.

2. **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE**

Les services ou *Traitements* suivants doivent être approuvés par une autorisation écrite du *Médecin* traitant.

- a) Médicament nécessitant une prescription (un approvisionnement limité à 30 jours et assujetti à un maximum de 5 000 \$)
- b) Radiographies diagnostiques et Services de laboratoire, assujetti à un maximum de 10 000 \$

- c) Services d'ambulance licenciée locale, assujetti à un maximum de 5 000 \$
- d) Les soins infirmiers privés dispensés par un infirmier autorisé (IA) ou un préposé médical autorisé, autre qu'un membre de la famille, assujetti à un maximum de 10 000 \$
- e) Location de fauteuil roulant, béquilles, attelles et autres appareils médicaux nécessaires, assujetti à un maximum de 5 000 \$
- f) 50% des coûts pour les services d'un chiropraticien, d'un podiatre, d'un ostéopathe ou d'un physiothérapeute lorsqu'un *Médecin* recommande ces soins par suite d'une *Blessure* couverte et assujetti à un maximum de 1 000 \$.

3. SOINS DENTAIRES PAR SUITE D'UN ACCIDENT – maximum de 1 000 \$ par Voyage

La *Compagnie* assumera les dépenses dentaires assujetti à un maximum de 1 000 \$ en raison de dommages à *Vos* dents naturelles saines causés par un coup direct et accidentel à la bouche, durant la période de la police.

4. FRAIS ACCESSOIRES – Maximum de 100 \$ par Voyage

Les frais accessoires (c.-à-d., de téléphone ou de location d'un téléviseur) sont remboursables, jusqu'à concurrence de 100 \$, lorsque *Vous* êtes hospitalisé en raison d'une *Urgence médicale* couverte, sous réserve de la présentation de pièces justificatives originales.

5. RAPATRIEMENT D'URGENCE PAR VOL RÉGULIER OU PAR AMBULANCE AÉRIENNE – Maximum de 25 000 \$

En cas d'*Urgence médicale*, la *Compagnie* assumera les frais de *Votre* transport à l'établissement médical adéquat le plus proche. Si *Vous* devez être transporté à *Votre* Pays de résidence pour une attention médicale immédiate, suite à une *Urgence* couverte, la *Compagnie* assumera les frais de *Votre* transport à *Votre* Pays de résidence par Ambulance Aérienne, si *Vous* êtes incapable de prendre un vol régulier et *Vous* avez obtenu l'approbation écrite au préalable du *Directeur médical*. Si *Vous* devez être transporté à *Votre* Pays de résidence pour une attention médicale immédiate suite à une *Urgence*, la *Compagnie* payera jusqu'à un maximum de 25 000 \$ pour les frais additionnels (c.-à-d., un billet aller simple économique, accommodation pour une civière et un préposé médical autorisé) pour *Vous* retourner par vol régulier lorsqu'il est approuvé par le *Directeur médical*.

6. RETOUR DE PERSONNE(S) À CHARGE – Maximum de 2 000 \$ par Voyage

Si *Vous* êtes rapatrié selon les modalités prévues aux articles 5 ou 9, la *Compagnie* payera jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par Voyage pour le retour de *Vos* Personne(s) à charge voyageant avec *Vous* au moment où survient l'*Urgence médicale* si leurs noms figurent sur la même *Proposition d'assurance*.

7. ESCORTE POUR PERSONNE(S) À CHARGE – Maximum de 1 000 \$ par Voyage

La *Compagnie* *Vous* remboursera jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par Voyage les coûts d'un service d'un gardien (autre qu'un membre de *Votre* famille) contracté par *Vous* pour accompagner *Vos* Personne(s) à charge (de moins de 16 ans) jusqu'à leur Pays de résidence si *Vous* êtes Hospitalisé ou si *Vous* devez être rapatrié (Voir Bénéfice # 9), lorsque ces services sont organisés par la *Compagnie* et approuvés au préalable.

8. TRANSPORT D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE - Maximum de 2 000 \$ par Voyage

Si *Vous* êtes hospitalisé pour plus de 3 jours en raison d'une *Blessure* ou d'une *Maladie* couverte, la *Compagnie* payera les frais

de transport (jusqu'à un maximum de 2 000 \$) d'un membre de *Votre* famille ou d'une autre personne qui ne voyage pas avec *Vous* à *Votre* chevet. (Cette personne devrait songer à souscrire sa propre assurance.) La *Compagnie* payera aussi pour les repas et l'accommodation pour cette personne jusqu'à un maximum de 100 \$ par jour.

9. RAPATRIEMENT - Maximum de 5 000 \$ par Voyage

La *Compagnie* payera jusqu'à un maximum de 5 000 \$ pour les frais nécessaires pour *Votre* retour à *Votre* Pays de résidence par vol régulier, si *Vous* êtes totalement invalide suite à une *Urgence* nécessitant une hospitalisation de trois jours ou plus.

Advenant *Votre* décès, la *Compagnie* assumera les frais du transport de *Votre* dépouille à *Votre* Pays de résidence ou le coût d'incinération au Canada jusqu'à concurrence de 5 000 \$. Cette garantie comprend jusqu'à 500 \$ pour le coût d'une urne ou d'un cercueil temporaire pour transporter le corps.

10. FRAIS D'HÉBERGEMENT COMMERCIAL ET DE REPAS – Maximum de 1 500 \$ par Voyage

La *Compagnie* remboursera jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour, lorsque le segment de retour d'un Voyage assuré est retardé au-delà de la date prévue en raison d'une *Urgence médicale* ou du décès d'un membre de *Votre* famille.

11. PAUSE PENDANT LE VOYAGE

Vous pouvez retourner à *Votre* Pays de résidence ou prendre des petits voyages à l'extérieur du Canada sans résilier *Votre* police.

V LIMITES ET EXCLUSIONS – CE QUI N'EST PAS COUVERT : ASSURANCE MALADIE

La présente police ne couvre aucune perte découlant totalement ou partiellement d'un des risques exclus ci-dessous, ou occasionnée par l'un d'eux ou qui en est une conséquence naturelle et probable, ni ne prévoit aucun paiement en cas de perte de cette nature et conséquences probables des risques exclus suivants :

1. Toute *Condition médicale préexistante*, sauf si *Vous* avez été approuvé pour la couverture des *Conditions médicales préexistantes* et avez reçu un *Reçu de police* de la *Compagnie*. L'exclusion à l'égard des *Conditions médicales préexistantes* s'appliquera à toute perte ou dépense résultant d'un état pathologique ou une perte due au *Traitement* des symptômes qui existaient soit à *Votre* Date d'entrée en vigueur ou avant cette date, à moins que *Vous* n'avez sélectionné une souscription médicale pour couvrir *Vos* Conditions médicales préexistantes et payé la prime additionnelle appropriée.

Tout état pathologique qui n'était pas *Stable* à un moment quelconque pendant les 365 jours immédiatement précédant la *Date d'entrée en vigueur* à moins que *Vous* n'avez payé la prime additionnelle requise pour réduire la *Période de stabilité*; ou

Tout état pathologique énuméré sous la rubrique « Exclusions » sur *Votre* Reçu de police; ou

Tout état pathologique énuméré sous la rubrique « Notes » sur *Votre* Reçu de police en tant que condition exclue; ou

Consultez *Votre* police pour déterminer comment cette exclusion s'applique et son lien avec *Votre* Date d'entrée en vigueur, la date d'achat et la *Date d'expiration*. Advenant un accident, *Blessure* ou *Maladie*, on passera en revue *Vos* antécédants médicaux lorsqu'une

réclamation est déclarée. *Vous* devez aviser la *Compagnie* avant tout *Traitement*. Les limites des bénéficiaires dans le cadre de *Votre* police risquent d'être réduites si *Vous* ne contactez pas la *Compagnie* dans un délai spécifique.

2. Diabète: si *Vous* êtes diabétique selon un diagnostic posé, le *Traitement* relatif à une condition cardiaque ou un accident vasculaire cérébral n'est pas couvert (exclus) sauf si *Vous* avez divulgué complètement *Vos* antécédents médicaux, si *Vous* les avez soumis pour l'approbation de souscription et avez obtenu un avenant de la *Compagnie* couvrant *Vos Conditions médicales préexistantes* spécifiées.

3. Toute perte, *Maladie* ou *Blessure* qui se produit à l'extérieur du Canada ou toute perte *Maladie* ou *Blessure* qui se produit lorsque la présente police n'est pas en vigueur, ne sont pas couverts.

4. Hospitalisation ou *Traitement* lorsque la présente police a été souscrite dans le but spécifique d'obtenir de tels services, que ces services soient autorisés ou non par un *Médecin*.

5. Les frais engagés en raison d'une infection asymptomatique ou symptomatique au VIH, au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), au syndrome apparenté au sida (ARC) ou à la présence du VIH, y compris tous les tests diagnostiques ou les frais connexes ou autres maladies transmises sexuellement.

6. Une *Maladie*, une *Blessure* ou une affection connexe pendant un *Voyage* entrepris :

- a. sachant que *Vous* devrez obtenir un *Traitement* ou subir une intervention chirurgicale pour ladite *Maladie*, *Blessure* ou affection connexe, ou
- b. dans le but d'obtenir un *Traitement* ou de subir une intervention chirurgicale.

7. *Traitement* ou examen exploratoire non *Urgent*, examen médical, chirurgie esthétique, soins chroniques, réadaptation ou toute complication découlant directement ou indirectement de ces soins, ou tout *Traitement* qui peut raisonnablement être reporté jusqu'à *Votre* retour à *Votre* Pays de résidence par le prochain moyen de transport disponible. Tout délai à recevoir un *Traitement* dans *Votre* Pays de résidence n'a aucune incidence sur l'application de la présente exclusion.

8. *Maladie* ou *Blessure* lorsque le *Voyage* a été réservé ou entrepris contrairement à l'avis du *Médecin*, avec connaissance au préalable d'un *État instable* ou après un *Pronostic de phase terminale*.

9. Procédure chirurgicale ou médicale majeure, incluant mais sans s'y limiter, la chirurgie cardiaque, qui n'a pas été approuvée au préalable par le *Directeur médical*.

10. Dépenses découlant d'une *Maladie* ou d'une *Blessure* reliée à un changement d'une *Condition médicale préexistante* préapprouvée, si *Vous* avez omis d'aviser la *Compagnie* de ce changement avant *Votre Date d'entrée en vigueur*.

11. Tout *Traitement*, investigation ou hospitalisation qui constitue un prolongement ou une conséquence d'une *Urgence médicale*, sauf si le *Directeur médical* *Vous* déclare incapable de retourner à *Votre* Pays de résidence.

12. Accouchement, fausse couche, interruption volontaire de grossesse ou toute complication occasionnée par une grossesse.

13. Trouble d'ordre mental, nerveux ou émotionnel, mauvais usage de médicament, abus de drogues ou de substances toxiques, toute *Maladie* reliée ou attribuable à l'alcool, aux médicaments ou à l'abus de drogues ou de substances toxiques, tout accident reliée ou attribuable à la

consommation excessive d'alcool (déterminée par un taux d'alcoolémie excédant quatre-vingts (80) milligrammes par cent (100) millilitres de sang) ou les *Traitements* s'y rattachant.

14. Suicide ou tentative de suicide ou automutilation que la *Personne assurée* soit saine d'esprit ou non.

15. *Maladie* ou *Blessure* découlant d'un affrontement public, d'une guerre ou fait de guerre (déclarée ou non) ou d'une exposition volontaire à un péril, sauf dans le but de sauver une vie humaine.

16. Délit criminel ou une tentative de délit criminel ou toute activité illégale.

17. *Voyage* en avion autrement que comme passager dans un avion commercial avec capacité de six personnes ou plus, autorisé pour le transport de passagers payants.

18. Un accident d'automobile où *Vous* avez droit à une couverture sous une Loi d'assurance d'automobile (comprenant mais non limité à l'assurance sans faute), ou sous une Loi applicable d'assurance.

19. Participation à des sports compétitifs sanctionnés, des sports professionnels ou à la participation au vol acrobatique aérien ou cascade, Delta plane, alpinisme, parachutisme, saut à l'élastique (bungee), plongée sous-marine sans être correctement certifiée, combat extrême et à toute course ou concours de vitesse à moins que la *Compagnie* ait accepté le risque et ait émis un Avenant.

20. Dans le cas des enfants âgés de moins de deux (2) ans : toute *Maladie* ou tout état pathologique lié à une anomalie congénitale.

21. Un *Traitement* ou une intervention chirurgicale pour un problème de santé spécifique ou une affection connexe :

- a) qui avait motivé *Votre Médecin* à *Vous* conseiller de ne pas voyager, ou
- b) que *Vous* avez contracté dans un pays pendant *Votre Voyage* si le Ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement du gouvernement du Canada avait émis un avis officiel par écrit déconseillant aux voyageurs canadiens de voyager dans le pays, la région ou la ville en question avant *Votre Date d'entrée en vigueur*.

22. Le non-respect de toute thérapie ou de tout *Traitement* prescrit.

23. a. Une cathétérisme cardiaque, une angioplastie et/ou une chirurgie cardiovasculaire, y compris tous les tests diagnostiques ou les frais connexes, sauf s'ils ont été approuvés au préalable par la *Compagnie* avant d'être effectués, à l'exception des circonstances extrêmes où ladite intervention chirurgicale est pratiquée dans le cadre d'une *Urgence médicale* dès l'admission à l'*Hôpital*;

b. L'imagerie par résonance magnétique (IRM), les scanographies de tomodensitométrie (TDM), les sonogrammes, les échographies ou les biopsies, sauf si la *Compagnie* a approuvé ces services au préalable.

c. Le remplacement d'une prescription existante, que ce soit parce qu'elle a été perdue, renouvelée ou insuffisante, ainsi que l'achat de drogues et de médicaments (y compris des vitamines) qui sont offerts en vente libre ou qui ne sont pas homologués et dont la vente n'est pas légalement autorisée au Canada;

24. Les services connexes aux examens médicaux généraux, les soins prénataux de routine, les soins réguliers pour un problème de santé chronique.

25. Les soins prolongés et le *Traitement* d'une *Maladie* ou d'une *Blessure* aiguë après que l'*Urgence médicale* initiale ait été résolue (selon l'avis de notre *Directeur médical*) ou une consultation médicale au cours de laquelle le *Médecin* n'a observé aucun changement lié à l'état pathologique, au symptôme ou au problème déjà observé.

26. Les soins médicaux ou les interventions chirurgicales à des fins esthétiques.

27. La chirurgie de la cataracte ou les services fournis par un naturopathe, un optométriste ou à une maison de convalescence, une maison de soins infirmiers, un centre de réadaptation ou un établissement thermal.

28. Le transport par ambulance aérienne, sauf si la **Compagnie** l'a approuvé et organisé au préalable.

29. Les dommages occasionnés à des appareils auditifs, à des lunettes, à des verres fumés, à des lentilles cornéennes, à des prothèses dentaires ou à des membres artificiels ou leur perte et la prescription subséquente pour les remplacer.

30. Les frais qui ne seraient pas normalement exigés en l'absence d'une protection d'assurance ou les dépenses qui excèdent les frais **Raisonnables et habituels** pour la région où les services ont été fournis ou toute perte, **Maladie** ou **Blessure** si les frais sont encourus dans **Votre** Pays de résidence.

31. La **Compagnie** se réserve le droit de **Vous** transférer à un **Hôpital** adéquat de notre réseau de santé, à condition que **Votre** état de santé permette ce transfert ou de prendre les dispositions pour **Votre** rapatriement à **Votre** Pays de résidence par suite d'une **Urgence médicale**. Si **Vous** refusez de retourner à **Votre** Pays de résidence après avoir été déclaré apte à voyager par le **Directeur médical**, les dépenses additionnelles consécutives relativement à la **Maladie** ou à la **Blessure** ne seront pas couvertes.

32. Le défaut de contacter la **Compagnie** dans les 24 premières heures d'une hospitalisation pour une **Urgence médicale** aura pour effet de limiter les prestations payables par la présente police à 50 % des dépenses brutes admissibles ou le montant maximum des prestations sera limité à 25 000 \$ si **Vous** avez sélectionné un maximum global de 50 000 \$ ou plus.

VI CONDITIONS GÉNÉRALES

1. La prime requise est due et payable à la date de la demande d'assurance (date de souscription). La prime sera calculée selon les taux des Barèmes de primes en vigueur à la date de souscription et selon **Votre** âge à la **Date d'entrée en vigueur**.

2. Les modalités de la police peuvent changer lors de toute nouvelle souscription d'une police, sans préavis, pour tenir compte des résultats techniques.

3. La présente police d'assurance est nulle si la **Personne assurée** fournit des renseignements faux ou frauduleux dans la **Proposition d'assurance**, la déclaration médicale, une réclamation au titre des garanties d'assurance ou si la **Personne assurée** est couverte par un autre assureur relativement à la **Blessure** ou à la **Maladie** faisant l'objet d'une réclamation en vertu de la présente police.

4. La garantie est nulle et sans effet, si la prime n'est pas reçue, si un chèque n'est pas couvert pour quelque raison que ce soit, si le débit porté à une carte de crédit est refusé, si aucune preuve de **Votre** paiement n'existe ou **Vous** n'avez pas répondu aux questions médicales qualifiantes de façon véridique, précise ou complète. La **Compagnie** se réserve le droit de refuser une proposition ou toute demande de prolongation de garantie.

5. Aucun paiement ne peut être versé pour toute dépense engagée dans **Votre** Pays de résidence.

6. Les limites de garantie et les paiements de prime effectués en vertu de la présente police sont en devises canadiennes et aucune somme

payable ne peut porter intérêt.

7. Tous les aspects juridiques de la présente police, y compris les questions de structure, de validité et d'exécution, sont régis par les lois canadiennes. Toutes actions ou poursuites en justice doivent être intentées dans la province canadienne dans laquelle **Vos** services médicaux ont été fournis.

8. La coordination des bénéficiaires et subrogation avec autres régimes d'assurance : cette police est conçue pour payer l'excédent de tous ou de n'importe quelle assurance existante tenues par **Vous** et ne remplacera pas n'importe quelle autre assurance qui aurait été en vigueur et aurait remboursée pour des dépenses encourues si cette assurance n'était pas en vigueur, incluant mais non limité : assurance de propriétaires d'une maison, assurance locataires, assurance de multi risques, assurance prolongée de soins de santé, assurance d'automobile, polices par carte de crédit ou police de tout autre assureur. Le montant payable des bénéficiaires de toutes les polices ou régimes ne dépassera pas 100% des dépenses éligibles encourues. Si **Vous** obtenez n'importe quel droit de poursuite contre n'importe quel individu, firme, ou société pour une perte couverte pour laquelle un paiement a été effectué dans le cadre de cette police, **Vous** devrez transférer une telle réclamation ou droit de poursuite à la **Compagnie** si la **Compagnie** en fait la demande. La **Compagnie** se réservera le droit de subroger tous **Vos** droits de recouvrement contre n'importe quel tiers qui est tenu responsable.

9. Nonobstant toute autre disposition de la police, les présentes sont assujetties aux conditions statutaires de la Loi sur les assurances.

VII DÉFINITIONS

« **Blessure** » signifie souffrance ou dommage physique dont la cause est accidentelle subi après la **Date d'entrée en vigueur** de la police et nécessitant un **Traitement** médical immédiat.

« **Compagnie** » signifie la compagnie d'assurances L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., et toute autre partie engagée à fournir des services se rapportant à la présente police.

« **Condition médicale préexistante** » signifie un problème pathologique ou physique, un symptôme, une affection ou une **Maladie**, diagnostiqués ou non, pour lequel un **Traitement** a été reçu ou suivi ou qui a occasionné des symptômes en tout temps avant **Votre Date d'entrée en vigueur**. Ce terme englobe une complication médicale reconnue ou une **Récurrence** d'un état pathologique.

« **Date d'entrée en vigueur** » signifie la date, indiquée sur sur **Votre Reçu de police**, à condition que la prime appropriée ait été reçue par la **Compagnie** ou son **Représentant**. Si l'assurance est souscrite après **Votre** arrivé au Canada, les garanties entreront en vigueur cinq jours après la date et l'heure de réception par la **Compagnie** de la prime requise.

« **Date d'expiration** » signifie la date à laquelle toute assurance prend fin, selon la plus rapprochée des dates suivantes : (i) la date stipulée sur **Votre Reçu de police**; ou (ii) la date à laquelle la **Compagnie** **Vous** conseille de rentrer dans **Votre** Pays de résidence selon la garantie « **Rapatriement d'Urgence** ».

« **Directeur médical** » signifie le **Médecin** agissant au nom de la **Compagnie**.

« **État instable** » signifie une **Maladie** ou une **Blessure** qui inciterait une personne normalement prudente à s'attendre à nécessiter un **Traitement** ou un examen après son départ.

« **Franchise** » signifie le montant en dollars canadiens que la **Personne**

assurée doit défrayer avant que le restant des dépenses couvertes soient remboursées en vertu de la présente police. La **Franchise** s'applique une fois par **Personne assurée**, par **Voyage**.

« **Hôpital** » signifie un établissement possédant les installations nécessaires aux interventions chirurgicales **d'urgence** sur des patients hospitalisés ou ambulatoires. Cette définition n'inclut en aucun cas une maison de soins infirmiers, une maison de repos, un centre de convalescence, un centre de réadaptation, une maison pour personnes âgées, ou un établissement de **Traitement** de la toxicomanie ou de l'alcoolisme.

« **Maladie** » signifie le début d'une affliction, pathologie ou affection, nécessitant un **Traitement**, des soins ou une consultation.

« **Médecin** » signifie une personne, ne faisant pas partie de **Votre** famille, dûment qualifié et autorisé à exercer la médecine ou à pratiquer des interventions chirurgicales.

« **Médicalement nécessaire** » signifie que le service ou la fourniture dont il s'agit :

- est approprié et compatible avec le diagnostic conformément aux normes reconnues de la société pour l'exercice de la médecine;
- n'est pas de nature expérimentale ou à des fins d'investigation;
- ne peut être omis sans entraîner une détérioration de **Votre** problème médical ou affecter la qualité de **Vos** soins médicaux;
- ne peut être reporté jusqu'à **Votre** retour dans **Votre** Pays de résidence; et
- est fourni de la façon la plus économique possible, selon le niveau de soins le plus approprié et non pas principalement pour des raisons de commodité.

« **Période de stabilité** » signifie que, durant la période sélectionnée sur **Votre Proposition d'assurance**, il n'y a eu: (i) aucune augmentation de symptômes ou développement de nouveaux symptômes; (ii) aucune réduction, augmentation ou fin dans le dosage de la médication ou sa fréquence; (iii) aucun nouveau médicament prescrit; (iv) **Vous** n'avez pas été hospitalisé et n'avez pas eu besoin d'une consultation médicale (à l'exception d'un examen routinier); et (v) aucune procédure médicale, thérapeutique ou diagnostique n'a été prescrite, reçue, faite ou recommandée par un **Médecin**, incluant mais pas limité, aux tests et chirurgies à des fins d'investigation durant la période sélectionnée sur **Votre Proposition d'assurance**.

« **Personne(s) à charge** » signifie tout enfant célibataire résidant au domicile parental, qui est âgé d'au moins 15 jours mais de moins de 19 ans et demeure avec **Vous** et dont le soutien dépend entièrement de **Vous**.

« **Personne assurée** » signifie la ou les personnes désignées sur la **Proposition d'assurance** pour qui la garantie de l'assurance est en vigueur en vertu de la présente police.

« **Pronostic de phase terminale** » signifie évaluation clinique effectuée par un **Médecin** autorisé qui estime qu'un état pathologique, une **Maladie** ou une **Blessure** causera la mort prématurée de la **Personne assurée** dans la période des douze (12) mois suivant la **Date d'entrée en vigueur**.

« **Proposition d'assurance** » signifie le formulaire que **Vous** avez rempli ou lorsque le formulaire a été rempli **Vous** avez été consulté, qui confirme **Vos** renseignements personnels ainsi que la protection sélectionnée par **Vous** et pour laquelle **Vous** avez payé la prime correcte et en totalité. Ledit document fait partie intégrante de la police.

« **Raisonné et habituel** » signifie les coûts habituellement facturés

à l'égard des garanties couvertes qui n'excèdent pas les tarifs habituels dans la région géographique où les frais ont été engagés pour un **Traitement**, des services ou des fournitures comparables pour une **Maladie** ou une **Blessure** similaire.

« **Récurrence** » signifie l'apparition de symptômes attribuables ou liés à un état pathologique pour lequel un diagnostic avait déjà été posé par un **Médecin** ou pour lequel un **Traitement** avait été administré.

« **Réçu de police** » signifie le document que l'on **Vous** a fait parvenir en guise de confirmation de la couverture que **Vous** avez sélectionnée dans **Votre Proposition d'assurance**. Il fait partie de la police.

« **Représentant** » signifie **Votre** agent, courtier ou conseiller d'assurance qui a accepté **Votre Proposition d'assurance** et les modalités de paiement pour cette assurance.

« **Stable** » ou « **Stabilité** » signifie que **Votre** état pathologique ne s'est pas aggravé au cours des trois mois immédiatement précédant **Votre Date d'entrée en vigueur** et il n'y a eu :

- Aucune aggravation des symptômes et aucune apparition de nouveaux symptômes;
- Aucune réduction, augmentation ou interruption de la dose ou de la fréquence de prise des médicaments;
- Aucune prescription de nouveaux médicaments;
- Vous** n'avez pas été hospitalisé et n'avez pas eu besoin d'une consultation médicale (autre qu'un examen de routine);
- Aucune intervention médicale, thérapeutique ou diagnostique n'a été prescrite, obtenue, pratiquée ou recommandée par un **Médecin**, y compris mais sans s'y limiter, des tests diagnostiques ou une chirurgie exploratoire.

« **Traitement, Traiter ou Traité(e)** » signifie des conseils, acte médical, thérapeutique ou diagnostique prescrit, effectué ou recommandé par un **Médecin**, y compris, mais sans s'y limiter, les médicaments prescrits, les tests à des fins d'investigation, ou hospitalisation, interventions chirurgicales ou action recommandée en rapport avec la **Maladie** ou **Blessure**.

« **Urgence** » signifie une **Maladie** ou une **Blessure** inattendue ou imprévisible nécessitant des soins médicaux immédiats et non discrétionnaires, un **Traitement** ou des soins pour le prompt soulagement d'un symptôme aigu, ne pouvant, de l'avis d'un **Médecin**, attendre **Votre** retour dans **Votre** Pays de résidence.

« **Urgence médicale** » signifie une **Maladie** ou une **Blessure** inattendue ou imprévisible non reliée à une **Condition médicale préexistante** (à moins qu'un avenant ait été ajouté pour couvrir des **Conditions médicales préexistantes** spécifiées) qui requiert l'aide, des soins ou **Traitements** médicaux immédiats pendant **Votre Voyage assuré**.

« **Vous** » ou « **Votre** » signifie chaque **Personne assurée**.

« **Voyage** » signifie un **Voyage** à l'extérieur de **Votre** Pays de résidence commençant à **Votre Date d'entrée en vigueur** ou après et se terminant à **Votre Date d'expiration**.

« **Voyage assuré** » signifie un **Voyage** effectué à l'extérieur de **Votre** Pays de résidence et pour lequel l'assurance est en vigueur. La couverture commence à **Votre Date d'entrée en vigueur** et se termine à la plus rapprochée des dates suivantes : (i) la date où **Vous** rentrez dans **Votre** Pays de résidence, ou (ii) la date à laquelle le nombre de jours d'assurance que **Vous** avez souscrite prend fin.

VIII REMBOURSEMENTS

Vous pouvez faire une demande de remboursement si **Vous** devenez admissible à la couverture d'un Régime d'assurance maladie provincial ou territorial canadien à condition que **Vous** n'êtes pas obligé de maintenir la couverture pour un permis de travail ou pour d'autres fins d'immigration. Les demandes de remboursement de prime seront prises en considération dans le cas : d'un non-départ de **Votre** Pays de résidence résultant d'une **Urgence Médicale**, du défaut de satisfaire aux conditions nécessaires pour l'obtention d'un Visa, ou d'un départ du Canada à condition que la présente police est signée et retournée à la **Compagnie** et aucune réclamation n'a fait l'objet de paiement ni n'est en instance en **Votre** nom. Un remboursement intégral sera fourni pour les polices qui sont retournées dans les 10 jours de l'achat et avant la **Date d'entrée en vigueur** de la police.

Un remboursement sera calculé à partir de la date de réception d'un avis écrit, assujéti à des frais administratifs et à un montant remboursable minimum de 20 \$ par police.

Remarques importantes

Il faut obtenir des remboursements de prime, peu importe la modalité de paiement, du **Représentant** où on a souscrit l'assurance à l'origine.

IX PROCÉDURES D'URGENCE

Veillez appeler immédiatement l'Assistance d'**Urgence** au 1 855 883-6479 ou 416 467-4587 (à frais virés).

Si **Vous** nécessitez des soins médicaux ou dentaires **Vous** devez appeler l'Assistance d'**Urgence**. À défaut de contacter l'Assistance d'**Urgence** dans les 24 premières heures d'une hospitalisation, conformément à cette directive, le traitement et le paiement de **Votre** réclamation peuvent être retardés et la responsabilité de la **Compagnie** peut en être réduite. Se reporter à « **V-LIMITES ET EXCLUSIONS #32** ».

X PROCÉDURES POUR RÉCLAMATIONS

Pour obtenir des renseignements d'ordre général à propos de **Votre** police, communiquez avec **Votre Représentant**. Pour des renseignements au sujet d'une réclamation déclarée en vertu de **Votre** police composez le 1 855 883-6479 ou 416 467-4587 (à frais virés).

Avis de sinistre : **Vous** devez appeler la **Compagnie** au 1 855 883-6479 ou 416 467-4586 (à frais virés) dans les 24 heures de tout **Traitement** médicale ou dentaire. À défaut de le faire, **Vous** serez pénalisé en ayant la responsabilité de 50 % de toutes les dépenses brutes admissibles encourues ou le montant maximum de la responsabilité en vertu de cette police sera limité à 25 000 \$CAN au cas où **Vous** sélectionnez un maximum global de 50 000 \$ ou plus. **Vous** devez téléphoner à moins que **Votre** état de santé **Vous** empêche de le faire et dans un tel cas, **Vous** devez appeler la **Compagnie** dès que **Votre** santé le permet ou demander à quelqu'un d'autre de le faire pour **Vous**.

Le paiement à un fournisseur de soins médicaux par la **Compagnie** pour toute dépense admissible est à leur discrétion. Dans le cas où ils choisissent de ne pas payer l'établissement médical directement ou l'établissement refuse d'accepter un paiement directement de la **Compagnie**, ils **Vous** rembourseront pour toute dépense admissible que **Vous** avez acquittée à la condition que **Vous** fournissiez un reçu original valide pour de tels services, y compris des factures et reçus détaillés originaux. **Vous** devez payer **Votre Franchise** (s'il y a lieu) directement au fournisseur, au moment de l'événement suscitant la réclamation.

Documentation de la réclamation : Une fois que **Votre Urgence** médicale cesse, **Vous** devez soumettre toute réclamation à la **Compagnie** dans les 90 jours suivant la date du sinistre. Le fait de ne pas fournir la documentation à l'appui de la réclamation dans le délai de 90 jours prescrit n'invalide pas **Votre** réclamation si la documentation est fournie dans les meilleurs délais raisonnablement possible, et au plus tard un an après la date du sinistre. Si la loi prévoit un délai plus long, **Vous** devez soumettre **Votre** réclamation à l'intérieur de ce délai. Pour que **Votre** réclamation soit valable, **Vous** devez fournir tous les documents que la **Compagnie** estime nécessaires pour la justifier. Si **Vous** omettez de remplir dûment les formulaires de réclamation et d'autorisation requis, l'examen de **Votre** réclamation sera retardé.

Lorsque Vous soumettez une réclamation, veuillez inclure une brève explication concernant la situation médicale, en indiquant, comment, où et quand la perte, la **Maladie** ou la **Blessure** s'est produite. Une réclamation, sera examinée uniquement si le formulaire de réclamation est entièrement rempli et signé par le demandeur ou une personne autorisée et s'il est accompagné de toute documentation requise y compris les reçus originaux. Toute documentation doit être fournie sans occasionner de frais à la **Compagnie**.

Formulaire de réclamation : Pour obtenir un formulaire de réclamation, contactez la **Compagnie** au 1 855 883-6479 ou 416 467-4587 (à frais virés). Dans le cas où la **Compagnie** paye des frais médicaux en **Votre** nom, dépenses pour lesquelles **Vous** avez une couverture en vertu d'un autre régime d'assurance, ils ont tout droit de recouvrer toute somme afférente à ces dépenses qui **Vous** est due.

Demande de renseignements sur les réclamations : composez le 1 855 883-6479 ou 416 467-4587 (à frais virés) **dans les 24 heures de tout Traitement médical ou dentaire**.

Poster ou livrer des réclamations à :

Ardent Assistance

4-160 Pony Drive

Newmarket, Ontario, L3Y 7B6

Pour obtenir des renseignements d'ordre général, veuillez contacter **Votre Représentant**.

XI PROCÉDURES POUR FAIRE APPEL

En cas d'un désagrément concernant le processus de souscription ou d'un désaccord à propos d'une réclamation, **Vous** pouvez demander que l'on révise les circonstances. On prendra en considération tout nouveau renseignement fourni et une décision sera rendue par écrit expliquant nos conclusions basées sur les modalités, conditions, limites et exclusions de la police. Il faut que toute demande de réviser **Vos** circonstances particulières soit faite par écrit dans les 30 jours suivants la date où **Vous** avez reçu notre décision. Faites parvenir **Votre** demande de révision y compris la raison de **Votre** désagrément et tout nouveau renseignement l'appuyant à :

ombudsman@ardentassistance.com

ou faire parvenir **Votre** demande de révision à :

Comité de revision

Ardent Assistance

4-160 Pony Drive

Newmarket, Ontario, L3Y 7B6

LA PRÉSENTE POLICE EST SOUSCRITE AUPRÈS DE :

L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

LA PRÉSENTE POLICE EST ADMINISTRÉE PAR :

Assurance Voyage Santé-Soleil (AVSS)