



**LIVRET D'ASSURANCE
VOYAGE COLLECTIVE**
pour soins médicaux d'urgence
à l'extérieur de la province

COLLECT 

SPECIMEN

Un produit de la gamme

TOUR+MED^{MD}
assurance voyage

Assuré par

LA **SURVIVANCE**
Voyage

Barème des garanties

Nom du *Titulaire* du *Contrat* :

Numéro du *Contrat* :

Ce livret renferme des clauses pouvant limiter le montant des réclamations remboursables. Veuillez en prendre connaissance.

Description de catégories :

Heures de travail requises :

Période d'admissibilité :

Âge de terminaison :

Période de cohabitation
pour conjoint de fait :

Limite d'âge des
enfants à charge :

Période de stabilité des
Conditions préexistantes :

Période de couverture :

Notes :

TABLE DES MATIÈRES

Barème des garanties	2
Sommaire des garanties	4
Avis important à lire attentivement	5
I. Admissibilité, date d'entrée en vigueur et date de terminaison	6
II. Assurance voyage en cas d'urgence médicale	7
III. Exclusions et limitations	9
IV. Prolongation automatique	12
V. Coordination des prestations avec les autres régimes d'assurance	12
VI. Conditions générales	12
VII. Définitions	14
VIII. Comment présenter une demande d'indemnisation	16
IX. Avis - Renseignements personnels	17

SOMMAIRE DES GARANTIES

Protections médicales

LISTE DES BÉNÉFICES	PRESTATION MAXIMALE PAR VOYAGE
Assurance médicale d'urgence	5 000 000 \$
Hospitalisation / Frais médicaux	Jusqu'à concurrence de la somme assurée
Frais accessoires	250 \$
Honoraires de médecin	Jusqu'à concurrence de la somme assurée
Appareils médicaux	Jusqu'à concurrence de la somme assurée
Honoraires d'infirmiers privés	5 000 \$
Frais de diagnostic	Jusqu'à concurrence de la somme assurée
Prescription de médicaments	Jusqu'à concurrence de la somme assurée
Soins dentaires d'urgence	2 000 \$
Soins oculaires d'urgence	Jusqu'à concurrence de la somme assurée
Services d'ambulance	Jusqu'à concurrence de la somme assurée
Frais paramédicaux	50 %, maximum 1 000 \$
Transport d'urgence au chevet de la personne assurée	Jusqu'à concurrence de la somme assurée
Rapatriement aérien d'urgence	Jusqu'à concurrence de la somme assurée
Retour de la dépouille	Jusqu'à concurrence de la somme assurée
Retour d'un véhicule	2 000 \$
Frais encourus lors d'un retour retardé	200 \$ par jour, maximum 2 000 \$

ASSURANCE VOYAGE COLLECTIVE

pour soins médicaux d'*Urgence* à l'extérieur de la province

AVIS IMPORTANT À LIRE ATTENTIVEMENT

L'assurance voyage en cas d'*Urgence* médicale est conçue pour couvrir un *Traitement d'Urgence* médicale à l'extérieur de *Votre* province de résidence à la suite de circonstances soudaines et imprévues. De plus, elle couvre les frais de rapatriement dans *Votre* province de résidence lorsque requis.

Ce livret contient des limitations et des exclusions. Veuillez en prendre connaissance et contacter l'*Assureur* au besoin avant de partir en voyage. L'exclusion des *Conditions préexistantes* s'applique aux conditions médicales qui ne sont pas *Stables et sous contrôle* et/ou aux *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.

Le présent livret n'est pas une copie du *Contrat*. Il vous résume cependant toutes les garanties d'assurance qui en font partie. Advenant une divergence entre le libellé du livret ou de tout autre document que *Vous* pourriez détenir, et celui du *Contrat*, c'est le *Contrat* qui fera autorité dans la mesure prévue par la loi.

Veuillez noter que les termes figurant en *italique* dans ce texte ont le sens qui leur est accordé dans la section « Définitions ».

Les montants indiqués dans le présent livret sont en devises canadiennes, à moins d'avis contraire.

CONTACTEZ L'ASSISTANCE D'URGENCE AVANT TOUT TRAITEMENT

Dans tous les cas, *Vous* devez appeler L'ASSISTANCE D'URGENCE au **1 844 877-6588** (USA et Canada), **1 888 820-6588** (ailleurs) ou à frais virés au **1 819 377-3285** avant tout *Traitement*. Si *Vous* omettez d'appeler l'ASSISTANCE D'URGENCE, *Vos* prestations seront limitées à 70 % des frais éligibles payés, sous réserve d'une limite globale de 25 000 \$ CAN. Veuillez consulter la section « Conditions Générales » 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 D'URGENCE.

I. ADMISSIBILITÉ, DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR ET DATE DE TERMINAISON

Admissibilité du *Participant*

Pour être admissible aux prestations en vertu du *Contrat* à titre de *Participant*, *Vous* devez remplir l'ensemble des conditions d'admissibilité suivantes:

- Être un résident permanent au Canada et *Votre* lieu de travail doit être situé au Canada; **et**
- Être admissible aux prestations de *Votre* régime d'assurance maladie gouvernemental; **et**
- Être âgé de moins que la limite d'âge de terminaison indiquée au Barème des garanties; **et**
- Si couvert à titre d'employé, *Vous* devez également :
 - être couvert par le régime d'assurance maladie complémentaire de base de *Votre* employeur; **et**
 - satisfaire les critères d'heures de travail requises et de période d'admissibilité indiqués au Barème des garanties.

Admissibilité des *Personnes à charge*

Pour être admissible aux prestations en vertu du *Contrat* à titre de *Personne à charge*, *Vous* devez remplir l'ensemble des conditions d'admissibilité suivantes:

- Être admissible aux prestations de *Votre* régime d'assurance maladie gouvernemental; **et**
- Être une *Personne à charge* au sens du *Contrat* et être couvert à titre de *Personne à charge* par le régime d'assurance maladie complémentaire de base du *Titulaire* du *Contrat*.

Date d'entrée en vigueur

Pour le *Participant*, la date d'entrée en vigueur est la date la plus tardive entre la date à laquelle le *Contrat* du *Titulaire* prend effet ou la date à laquelle *Vous* devenez admissible en vertu du régime d'assurance maladie complémentaire de base du *Titulaire* du *Contrat*.

Nonobstant la clause ci-dessus, la date d'entrée en vigueur de la protection des employés invalides ou des employés qui ne sont pas activement au travail à la date à laquelle le *Contrat* du *Titulaire* prend effet est la date la plus tardive entre la date à laquelle ces employés reprennent activement le travail ou la date à laquelle *Vous* devenez admissible en vertu du régime d'assurance maladie complémentaire de base du *Titulaire* du *Contrat*.

Pour la *Personne à charge*, la date d'entrée en vigueur est la date la plus tardive entre la date à laquelle le *Contrat* du *Titulaire* prend effet ou la date à laquelle protection de la *Personne à charge* prend effet en vertu du régime d'assurance maladie complémentaire de base du *Titulaire* du *Contrat*.

Date de terminaison

La protection du *Participant* et des *Personnes à charge* se termine à la première des dates suivantes :

- Date à laquelle l'emploi du *Participant* se termine (volontairement ou non);
- Date à laquelle *Vous* ne remplissez plus les conditions d'admissibilité énoncées ci-dessus;
- Date à laquelle le *Titulaire* du *Contrat* omet de verser la prime appropriée à l'*Assureur*;
- Date à laquelle le *Contrat* du *Titulaire* est résilié.

II. ASSURANCE VOYAGE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE

Cette assurance prévoit les prestations suivantes en cas d'*Urgence* médicale. 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 par *Personne assurée*.

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.

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 250 \$ 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, corsets 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 immédiatement après une *Hospitalisation* d'*Urgence* couverte, lorsque ces soins sont prescrits par le *Médecin* traitant et jugés nécessaires médicalement, et jusqu'à concurrence de 5 000 \$ 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. 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 frac-

ture ou une dislocation de la mâchoire. Le *Traitement* doit débuter et se terminer pendant la durée de la protection. Une indemnité maximale de 2 000 \$ 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 2 000 \$ 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 1 000 \$ 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* remboursera 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 trois (3) 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* et s'il y a lieu du compagnon de voyage vers son lieu de résidence au Canada par l'un des moyens suivants : ambulance aérienne, civière sur un vol régulier (avec ou sans un professionnel de la santé) ; ou par un aller simple sur un vol régulier (à être déterminé selon le cas).

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 \$:

- 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 200 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ 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* qui voyage avec *Vous*.

III. EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

Aucune prestation n'est payable en vertu de ce *Contrat* 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 qui n'a pas été *Stable et sous contrôle* pour la période requise indiquée au Barème des garanties avant la *Date de départ*.
2. Tout service, procédure médicale ou *Traitement* non autorisé par l'Assistance d'*Urgence* ou qui ne rencontre pas la définition d'*Urgence* telle que définie dans ce *Contrat* 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 élective, 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, d'une guerre ou d'un fait de guerre (déclarée ou non) ou d'une instabilité politique ;
 - b) d'une exposition volontaire à un péril quelconque ;
 - c) d'une perpétration ou l'intention de perpétrer un crime ou une infraction criminelle par *Vous* ou *Votre* bénéficiaire ;

d) 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, 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 une tâche reliée à *Votre* occupation si *Votre* travail ou occupation *Vous* amène à passer plus de 30 jours hors du Canada au cours d'une année.
26. 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*.
27. 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*.
28. Les sinistres indemnisés ou indemnisables auprès de toute autre source, notamment auprès des fiduciaires ou de tout fonds de compensation gouvernemental.
29. Les dommages indirects de quelque nature que ce soit, y compris la privation de jouissance et les préjudices financiers non expressément couverts par ce *Contrat*.
30. Fraude ou tentative de fraude, dissimulation ou fausse déclaration relative à la présente assurance ou à la présentation d'une réclamation sous ce *Contrat*.

IV. PROLONGATION AUTOMATIQUE

Pour un retard indépendant de la volonté de la *Personne assurée* (ex. : *Accident*, bris de voiture), la durée de la protection 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.

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

1. Ce *Contrat* est destiné 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*. Il ne remplace aucune autre assurance qui serait en vigueur et qui aurait remboursé les dépenses engagées en l'absence du présent *Contrat*, telle 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 50 000 \$ 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 du *Contrat*. 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.

VI. CONDITIONS GÉNÉRALES

1. La possession de ce livret d'assurance voyage ne confère pas le droit à l'assurance. Le *Contrat* doit être en vigueur et les critères d'admissibilité de la section 1. doivent être rencontrés pour que la *Personne assurée* soit assurée. Ce livret ne constitue pas un contrat d'assurance ni ne crée ou confère de droits contractuels ou autres. Les dispositions du *Contrat* ont préséance sur toute disposition énoncée ou sous-entendue dans ce livret qui pourrait être en contradiction avec le *Contrat*. L'*Assureur* se réserve le droit de modifier les clauses du *Contrat* selon les modalités prévues dans celui-ci.
2. 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*. Aucune prestation impayée ne peut porter intérêt.

3. 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.
4. 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.
5. 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*.
6. **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 1 844 877-6588 (USA et Canada), 1 888 820-6588 (ailleurs) ou à frais virés au 1 819 377-3285.**

Si *Vous* faites défaut 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 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 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*.

7. 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.

8. 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 du *Contrat* 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. Thibeau, Trois-Rivières (Québec) G8T 6X9

9. Les bénéficiaires du *Contrat* ne peuvent être assignés à une tierce partie sans le consentement écrit de l'*Assureur*.
10. 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. 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.

VII. DÉFINITIONS

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

« **Assureur, Nous, Notre** » signifie La Survivance-Voyage, compagnie d'assurance.

« **Blessure** » signifie toute atteinte corporelle soudaine, directement imputable à un *Accident*, survenue pendant *Votre Voyage* 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 on a modifié, soit par une augmentation ou une diminution de la posologie ou de la fréquence, 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).

« **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.

« **Contrat** » signifie le contrat collectif d'assurance voyage pour soins médicaux en vigueur émis au *Titulaire* du contrat, et portant le numéro de contrat indiqué dans le Barème des garanties.

« **Date de départ** » signifie la date de départ de chacun de *Vos Voyages*.

« **Événement** » signifie tout *Accident, Maladie* ou fait qui, selon le présent *Contrat* 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*.

« **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 *Votre Voyage*.

« **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 ce *Contrat* 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.

« **Participant** » signifie un employé ou un membre admissible dont le *Titulaire* du *Contrat* reconnaît le droit à l'assurance en vertu du *Contrat* et pour lequel ce dernier a acquitté la prime requise.

« **Personne à charge** » signifie la personne mariée légalement au *Participant* ou la personne avec laquelle il cohabite depuis une période ne pouvant être inférieure à la période de cohabitation indiquée dans le Barème des garanties. Pour les besoins de la présente assurance, il ne peut s'agir que d'une personne unique. Signifie également *Vos* fils et filles, âgés d'au moins 3 mois et dont l'âge est inférieur à la limite d'âge indiquée dans le Barème des garanties, qui sont célibataires et qui dépendent de *Vous* pour leur soutien.

« **Personne assurée** » signifie le *Participant* et les *Personnes à charge* qui sont assurés en vertu du *Contrat*.

« **Proposition d'assurance collective** » signifie le document intitulé « Proposition d'assurance collective » complété par le *Titulaire* du *Contrat* avant la date effective du *Contrat* et accepté par l'*Assureur* en vertu de la signature de la section « Acceptation de la proposition par l'Assureur » de ce document.

« **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.

« **Stable et sous contrôle** » signifie tout état de santé 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.

« **Titulaire** » signifie la compagnie ou l'organisme dont le nom apparaît au Barème des garanties et pour laquelle le *Contrat* est émis.

« **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.

« **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. En vertu de la garantie Annulation et Interruption de voyage, l'*Urgence* médicale doit être tellement incapacitante qu'une personne raisonnable doit retarder, interrompre ou annuler son *Voyage*.

« **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 le *Participant* et les *Personnes à charge* qui sont assurés en vertu du *Contrat*.

« **Voyage** » veut dire un voyage à l'extérieur de *Votre* province de résidence par une *Personne assurée* dont la durée ne dépasse pas la période de couverture indiquée au Barème des garanties.

VIII. 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.

Dans tous les cas, *Vous* devez soumettre les formulaires de réclamation et d'autorisation appropriés dûment complétés et signés, fournir une preuve de *Vos Dates de départ* et de retour dans *Votre* province de résidence, ainsi que les documents suivants :

Pour une demande de règlement pour Frais Médicaux d'Urgence :

- Factures ou reçus originaux détaillés présentés par les fournisseurs de service de santé, indiquant le diagnostic, les dates et le genre de *Traitement* reçu ainsi que le nom de l'établissement de santé et/ou du *Médecin*. Les coupons/reçus de caisse ne sont pas acceptés.

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

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

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.

IX. AVIS – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à *Votre* sujet, La Survivance-Voyage, compagnie d'assurance, constituera un dossier d'assurance dans lequel seront versé les renseignements concernant *Votre* proposition d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute réclamation d'assurance.

Seuls les employés ou mandataires responsables de la souscription, des enquêtes et des réclamations ainsi que toute autre personne que *Vous* aurez autorisée, auront accès à ce dossier. *Votre* dossier sera détenu dans nos bureaux du siège social.

Vous avez droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante : Responsable de l'accès à l'information, La Survivance-Voyage, compagnie d'assurance, 247 boul. Thibeau, Trois-Rivières (Québec) G8T 6X9.

Dans le cadre normal du traitement des réclamations d'assurance, toutes les compagnies d'assurance, y compris La Survivance-Voyage, compagnie d'assurance, peuvent demander une copie de *Votre* dossier médical afin de déterminer votre éligibilité aux bénéfices.

COLLECT 

Un produit de la gamme

TOUR+MEDTM
assurance voyage

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

Sans frais : **1 844 877-6588**

(ou 1 888 820-6588)

À frais virés : 1 819 377-3285

Assuré par



247, boul. Thibeau

Trois-Rivières (Québec) G8T 6X9

Téléphone : 1 819 377-1777 / 1 800 268-9633

Télécopieur : 1 819 377-6069

À découper et conserver avec *Vous* en voyage

	
COLLECT 	Assuré par 
Vous devez appeler l'Assistance d'urgence avant toute consultation.	
Du Canada et des États-Unis, sans frais : 1 844 877-6588 À frais virés : 1 819-377-3285 Ailleurs dans le monde : 1 888 820-6588	
Veuillez mentionner votre numéro de Contrat à l'Assistance d'urgence.	
No de Contrat : <input type="text"/>	