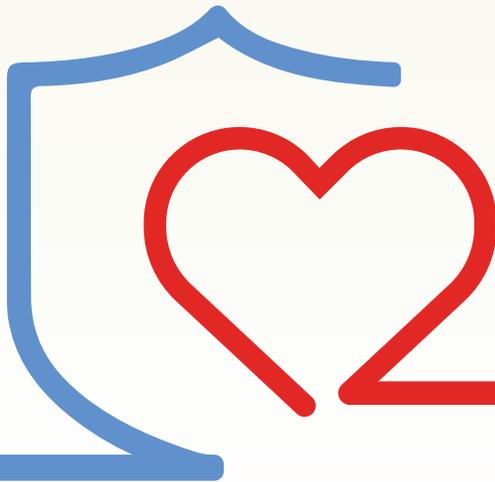


POLICE ASSURANCE VOYAGE

En cas d'urgence médicale

Police effective le 14 juillet 2025



Assuré par



AVIS IMPORTANT LISEZ ATTENTIVEMENT CE QUI SUIT AVANT DE VOYAGER

Vous avez souscrit une police d'assurance voyage; et maintenant? Nous tenons à ce que vous compreniez (dans votre meilleur intérêt) ce que votre police couvre, ce qui est exclu et ce qui est limité (c.-à-d. qu'un montant maximum payable s'applique). Veuillez prendre le temps de lire intégralement votre police avant de partir. Les termes en italiques sont définis dans votre police.

- L'assurance voyage couvre les réclamations liées à des événements soudains et imprévus (c.-à-d. des accidents ou des situations d'urgence); elle ne couvre généralement pas les suivis ni les soins récurrents.
- Pour vous prévaloir de cette assurance, vous devez remplir toutes les conditions d'admissibilité.
- Cette assurance comporte des limitations et des exclusions : p. ex., des conditions médicales qui ne sont pas stables et sous contrôle, des soins médicaux non urgents, une grossesse, l'abus d'alcool et les activités à haut risque.
- Cette assurance pourrait ne pas couvrir les réclamations liées à des conditions médicales préexistantes, que la condition ait été déclarée ou non au moment de la souscription.
- Vous devez contacter l'Assistance d'urgence au 1 844 820-6588 (ou 1 888 820-6588 ou à frais virés au 819 377-2241) avant d'obtenir un traitement, sans quoi votre réclamation pourrait être limitée ou refusée.
- Lors d'une réclamation, vos antécédents médicaux pourraient être vérifiés.
- Si vous avez répondu à un questionnaire médical et qu'une de vos réponses est inexacte ou incomplète, votre police sera annulable.

**IL EST DE VOTRE RESPONSABILITÉ DE COMPRENDRE VOTRE COUVERTURE.
SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, CONTACTEZ-NOUS AU 1 800 268-9633,**

OU CONSULTEZ LE SITE WWW.TOURMED.CA

La Survivance-Voyage est fière d'adhérer à la **Déclaration des droits et responsabilités** de l'Association canadienne de l'assurance voyage (THIA). L'industrie s'est concertée pour rédiger cette déclaration afin d'énoncer clairement ce que vous pouvez attendre de votre police d'assurance voyage, mais aussi vos responsabilités lors de sa souscription.



La Déclaration des droits et responsabilités en matière d'assurance voyage repose sur les règles d'or suivantes de l'assurance voyage :

- Connaissez votre état de santé
- Connaissez votre police
- Connaissez votre voyage
- Connaissez vos droits et responsabilités



TABLE DES MATIÈRES

Résumé des prestations	3
Avis de droit d'examen.....	4
Assistance médicale d'urgence.....	4
I. Contrat d'assurance.....	5
Plans Tour+Med.....	5
Plan par Voyage.....	5
Plan Annuel.....	5
Plan familial.....	6
II. Admissibilité.....	6
III. Définitions	8
IV. Description des prestations en cas d'urgence médicale	11
1. Frais médicaux.....	11
2. Frais accessoires.....	11
3. Honoraires de <i>médecin</i>	12
4. Appareils médicaux.....	12
5. Honoraires d'infirmiers et de soins médicaux à domicile.....	12
6. Frais de diagnostics	12
7. Médicaments prescrits.....	12
8. Soins dentaires d' <i>urgence</i> et douleurs	12
9. Service d'ambulance	12
10. Frais paramédicaux.....	12
11. Frais de transport.....	13
12. Frais encourus lors d'un retour retardé.....	14
13. Aller-retour d' <i>urgence</i>	14
14. Période de stabilité réduite (protection optionnelle, si disponible).....	15
15. Période de stabilité prolongée (protection optionnelle, si disponible).....	15
16. Option d'exclusion facultative (Protection optionnelle, si disponible).....	15
V. Exclusions et limitations.....	16
VI. Franchises.....	19
VII. Prolongation de la police.....	19
A. Demande de prolongation.....	19
B. Prolongation automatique	19
VIII. Coordination des prestations avec les autres régimes d'assurance	20
IX. Conditions générales	20
X. Comment présenter une demande d'indemnisation.....	22
XI. Remboursement des primes.....	22
XII. Retour dans votre province de résidence.....	23
XIII. Avis - Renseignements personnels	24

RÉSUMÉ DES PRESTATIONS

PRESTATION MAXIMALE ET GLOBALE

5 000 000 \$
(SAUF INDICATION CONTRAIRE)

Assurance médicale d'urgence incluant :

<i>Hospitalisation / Frais médicaux</i>	Honoraires de <i>médecin</i>
Appareils médicaux	Frais de diagnostic
Services d'ambulance	Rapatriement aérien d' <i>urgence</i>
Transport d' <i>urgence</i> au chevet de la <i>personne assurée</i>	Prescriptions de <i>médicaments</i> (5 \$ US de co-paiement non-remboursable)
Retour de la dépouille	

Autres prestations de l'assurance médicale d'urgence

Prestation maximale

Frais accessoire	100 \$
Honoraires d'infirmiers privés	10 000 \$
Soins dentaires d' <i>urgence</i> et douleurs	1 000 \$ / douleurs 500 \$
Frais paramédicaux	50 % des coûts jusqu'à concurrence de 300 \$
Retour d'un <i>véhicule</i>	2 000 \$
Retour d'un animal de compagnie	500 \$
Frais encourus lors d'un retour retardé	200 \$ par jour jusqu'à concurrence de 2 000 \$
Aller-retour d' <i>urgence</i>	1 500 \$ ¹

1. Cette prestation ne s'applique pas au Plan Annuel ni aux voyages de moins de 30 jours.



AVIS DE DROIT D'EXAMEN

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 confirmation d'assurance voyage. 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 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 admissibilité à l'assurance avant votre date d'entrée en vigueur.

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

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.

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 nécessaire ;
- 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*.

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 refusées ou limitées à 70 % des frais admissibles, sous réserve d'une limite globale de 25 000 \$ CAN. Veuillez consulter la section « Conditions générales » pour plus de détails. La coordination des soins avec l'assistance d'urgence doit se faire à compter du tout début et pendant toute la durée du *traitement*.

*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 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 remboursera, jusqu'à un maximum de 5 000 000 \$ CAN pour la *durée de la police*, 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 vous auriez droit de recevoir en vertu du régime gouvernemental d'assurance maladie de votre province, de toute autre protection d'assurance en vigueur et/ou de toute autre tierce partie. Cette couverture agit à titre de dernier payeur. Toutes autres sources de remboursements, paiements d'indemnités ou protections d'assurance doivent avoir été épuisées avant que quelconque paiement ne soit effectué sous cette police.

En remplissant la proposition et en payant la prime appropriée, vous mandatez et autorisez l'assureur à soumettre au Régime d'assurance maladie de votre province vos réclamations pour les services médicaux et hospitaliers assurés que vous aurez reçus.



Nicolas Moskiou
Président et chef de la direction
de La Survivance-Voyage,
compagnie d'assurance



Dimitri Georgoulas
Vice-président principal, Finances
de La Survivance-Voyage,
compagnie d'assurance

PLANS TOUR+MED

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 (Plan multi-voyages)

Le Plan Annuel vous couvre pour de multiples *voyages* d'une durée maximale prédéterminée (selon l'option choisie sur la *confirmation d'assurance voyage*) 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 *confirmation 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 remplir les conditions d'admissibilité mentionnées dans votre *confirmation d'assurance voyage* à chacune de vos *dates de départ*. Vous devez toutefois fournir une preuve de votre *date de 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*, ce plan vous couvre 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 protège également les *enfants* qui vous accompagnent et dont le nom apparaît sur la *confirmation d'assurance voyage*.

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**
 - Pour le Plan par Voyage : êtes âgé(e) de plus de 3 mois 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*.

Vous n'êtes pas admissible à toute protection de cette police si :

Personne assurée âgée de 3 mois à 59 ans :

1. Vous avez une condition en phase terminale ou si un *médecin* vous a recommandé de ne pas voyager;
2. Vous avez besoin d'assistance pour l'une des activités de la vie quotidienne (hygiène personnelle, se nourrir, changer de position (y compris s'asseoir ou se lever d'un lit ou d'un fauteuil), se vêtir);
3. Vous avez une maladie neurologique dégénérative ou neuromusculaire dégénérative;
4. Vous avez un anévrisme ou une dilatation de l'aorte qui n'a pas été traité par chirurgie;
5. Vous avez un trouble de valve cardiaque non traité par chirurgie de grade sévère ou symptomatique;
6. Vous êtes en attente d'une greffe ou avez déjà reçu une greffe d'organe (cœur, poumon, foie, rein, pancréas, moëlle osseuse, cellules souches);
7. Vous avez déjà reçu un diagnostic ou un traitement pour une insuffisance cardiaque, un œdème pulmonaire, une cardiomyopathie ou si vous avez un défibrillateur;
8. Vous avez déjà eu un cancer du poumon, du pancréas ou du foie, tout cancer avec métastases (ce qui inclut les ganglions positifs), ou si vous avez eu de la chimiothérapie (sous toute forme, à l'exception d'une crème), de l'immunothérapie ou une thérapie ciblée au cours des 6 mois précédant la *date de départ*;
9. Au cours des 12 mois précédant la *date de départ*, vous :
 - a. avez reçu un *traitement* pour une hépatite, une cirrhose ou une cholangite biliaire primitive;
 - b. avez utilisé de la Nitroglycérine prescrite «au besoin» (en vaporisateur ou en pilule);
 - c. avez eu un accident vasculaire cérébral (AVC), un accident ischémique transitoire (AIT) ou une ischémie cérébrale transitoire (ICT);
 - d. avez subi une angioplastie (avec ou sans stent) ou un pontage;
 - e. avez été investigué à la suite de *symptômes* cardiaques ou vous avez eu une perte de conscience;
 - f. avez chuté deux fois ou plus (peu importe les raisons des chutes).
10. Au cours des 24 mois précédant la *date de départ*, vous :
 - a. avez eu une condition respiratoire ayant requis une visite à l'urgence, une *hospitalisation* ou de la Prednisone ou autres stéroïdes oraux;
 - b. avez eu une condition médicale ayant requis de l'oxygène à domicile ou de la dialyse.



Personnes assurées âgées de 60 à 74 ans et voyageant sur un plan Par Voyage de 15 jours ou moins

1. Vous avez une condition en phase terminale ou si un *médecin* vous a recommandé de ne pas voyager;
2. Vous avez besoin d'assistance pour l'une des activités de la vie quotidienne (hygiène personnelle, se nourrir, changer de position (y compris s'asseoir ou se lever d'un lit ou d'un fauteuil), se vêtir);
3. Vous avez une maladie neurologique dégénérative ou neuromusculaire dégénérative;
4. Vous avez un anévrisme ou une dilatation de l'aorte qui n'a pas été traité par chirurgie;
5. Vous avez un trouble de valve cardiaque non traité par chirurgie de grade sévère ou symptomatique;
6. Vous êtes en attente d'une greffe ou avez déjà reçu une greffe d'organe (cœur, poumon, foie, rein, pancréas, moëlle osseuse, cellules souches);
7. Vous avez déjà reçu un diagnostic ou un traitement pour une insuffisance cardiaque, un œdème pulmonaire, une cardiomyopathie ou si vous avez un défibrillateur;
8. Vous avez déjà eu un cancer du poumon, du pancréas ou du foie, tout cancer avec métastases (ce qui inclut les ganglions positifs), ou si vous avez eu de la chimiothérapie (sous toute forme, à l'exception d'une crème), de l'immunothérapie ou une thérapie ciblée au cours des 6 mois précédant la *date de départ*;
9. Au cours des 12 mois précédant la *date de départ*, vous :
 - a. avez reçu un *traitement* pour une hépatite, une cirrhose ou une cholangite biliaire primitive;
 - b. avez utilisé de la Nitroglycérine prescrite «au besoin» (en vaporisateur ou en pilule);
 - c. avez eu un accident vasculaire cérébral (AVC), un accident ischémique transitoire (AIT) ou une ischémie cérébrale transitoire (ICT);
 - d. avez subi une angioplastie (avec ou sans stent) ou un pontage;
 - e. avez été investigué à la suite de *symptômes* cardiaques ou vous avez eu une perte de conscience;
 - f. avez chuté deux fois ou plus (peu importe les raisons des chutes).
10. Votre dernière consultation avec un *médecin* de famille ou une infirmière clinicienne remonte à plus de 18 mois avant votre *date de départ*;
11. Au cours des 24 mois précédant la *date de départ*, vous :
 - a. avez eu une condition respiratoire ayant requis une visite à l'urgence, une *hospitalisation* ou de la Prednisone ou autres stéroïdes oraux;
 - b. avez eu une condition médicale ayant requis de l'oxygène à domicile ou de la dialyse.

Personnes assurées âgées de 60 ans et plus, voyageant sur un plan Par Voyage de 16 jours ou plus ou sur un Plan Annuel

1. Vous avez une condition en *phase terminale*;
2. Vous avez déjà reçu une greffe d'organe (cœur, poumon, foie, rein, pancréas, moëlle osseuse, cellules souches);
3. Vous avez un cancer pour lequel vous avez eu de la chimiothérapie (sous toute forme, à l'exception d'une crème), de l'immunothérapie ou une thérapie ciblée au cours des 6 mois précédant la *date de départ*;
4. Vous avez une *condition médicale* ayant requis, au cours des 24 mois précédant la *date de départ*, de l'oxygène à domicile ou de la dialyse;
5. Vous avez déjà eu un diagnostic de démence (incluant mais sans s'y limiter : Alzheimer, démence vasculaire, démence à corps de Lewy, démence frontotemporale, démence mixte, maladie de Creutzfeldt-Jakob);
6. Vous avez besoin d'assistance pour l'une des activités de la vie quotidienne (hygiène personnelle, se nourrir, changer de position (y compris s'asseoir ou se lever d'un lit ou d'un fauteuil), se vêtir);
7. Un *médecin* vous a recommandé de ne pas voyager.



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 *condition médicale* 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 *condition médicale* 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 *condition médicale*, *blessure* ou *symptômes* dans les six (6) mois suivant la manifestation initiale n'est pas considérée comme une *affection mineure*.

« **Appareil ou Système** » signifie un ensemble d'organes dont le fonctionnement collabore 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** » 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*.

« **Condition médicale** » signifie trouble de santé, maladie ou *blessure* (y compris les *symptômes* de conditions non diagnostiquées).

« **Condition médicale préexistante** » signifie toute *condition médicale* présente avant la *date de départ*. Ce terme comprend également toute complication reconnue médicalement ou la *rechute* d'une *condition médicale*.

« **Confirmation d'assurance voyage** » signifie les documents 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.

« **Date d'entrée en vigueur** » signifie la date indiquée comme *date d'entrée en vigueur* sur votre *confirmation d'assurance voyage*.

« **Date d'expiration** » signifie la première date entre 23 h 59 de la journée indiquée comme *date d'expiration* sur la *confirmation d'assurance voyage*, 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).



« **Date de départ** » pour le Plan par Voyage, signifie la date qui est indiquée dans votre *confirmation d'assurance voyage* (selon l'heure locale à votre adresse au Canada). Pour le Plan Annuel ou dans le cadre de l'option d'interruption de voyage à la section XII. Retour dans votre province de résidence, 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 toute *condition médicale* 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.

« **Frais usuels et raisonnables** » signifie les frais engagés pour des biens et des services, qui sont comparables aux frais facturés par d'autres fournisseurs pour des biens et des services semblables dans une même région.

« **Hôpital** » signifie un établissement agréé doté de personnel dispensant des soins et des *traitements* aux patients internes et externes. Les *traitements* doivent être supervisés par des *médecins*, et du personnel infirmier autorisé doit être présent 24 heures sur 24. Des services chirurgicaux et de diagnostic doivent pouvoir être effectués sur place ou dans des installations contrôlées par l'établissement. Un *hôpital* n'est pas un établissement utilisé principalement en tant que clinique, centre de soins palliatifs ou de longue durée, centre de réadaptation ou de désintoxication, maison de convalescence, de repos ou de santé, ou foyer pour personnes âgées ou station thermale.

« **Hospitalisation, Hospitalisé** » signifie votre admission à l'*hôpital* pour une période de 24 heures ou plus sur recommandation d'un *médecin*.

« **Médecin** » signifie une personne (autre que vous-même, un membre de votre *famille immédiate* ou votre compagnon de voyage) diplômée en médecine et autorisée à prescrire et à administrer un *traitement* médical dans le territoire de compétence où les services sont fournis. Un *médecin* inclut une infirmière clinicienne mais n'inclut pas un naturopathe, un homéopathe ou un acupuncteur.

« **Médicament** » signifie une substance chimique ou biologique possédant des propriétés curatives ou préventives, qui modifie ou corrige les fonctions organiques ou le processus d'une *condition médicale*. Le *médicament* doit être prescrit ou recommandé par un *médecin* et inscrit à votre dossier médical.

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



« **Période d'attente** » signifie qu'une *période d'attente* de 48 heures à compter de la *date d'entrée en vigueur* s'applique si vous souscrivez cette assurance alors que vous vous trouvez à l'extérieur de *votre* province de résidence ou que vous désirez prolonger une police expirée.

Aucune couverture n'est accordée pour :

- 1) Toute maladie ou tout *accident* dont l'origine, la survenance ou les *symptômes* ont eu lieu pendant les 48 premières heures suivant la *date d'entrée en vigueur* de cette police ;
- 2) Tous frais directement ou indirectement reliés à cette maladie ou cet *accident* s'ils sont engagés après les 48 premières heures suivant la *date d'entrée en vigueur* de cette police.

« **Personne assurée** » signifie chacune des personnes nommées dans la *confirmation d'assurance voyage* 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 une *condition médicale* qui fut préalablement diagnostiquée par un *médecin* ou pour laquelle 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 toute *condition médicale* (autre qu'une *affection mineure*) pour laquelle chacun des énoncés suivants est vrai :

- 1) Aucun nouveau diagnostic n'a été posé, aucun nouveau *traitement* n'a été prescrit ou recommandé, ou le *traitement* en cours n'a pas été modifié ni interrompu ;
- 2) Aucun changement n'a été apporté à un *médicament* prescrit (augmentation ou diminution du dosage, ou arrêt de la prise du *médicament*), ou aucun autre *médicament* n'a été recommandé ou prescrit (exceptions : rajustement périodique de l'insuline, de la Warfarine ou du Coumadin 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, ou il n'y a eu aucune augmentation de la fréquence ou aggravation des *symptômes* existants ou de la *condition médicale* ;
- 4) Il n'y a eu aucune *hospitalisation* ou recommandation de consulter un spécialiste ;
- 5) Il n'y a eu aucun examen ou test médical à des fins d'investigation qui témoignent d'une dégradation de *votre* état de santé ;
- 6) Il n'y a eu aucun *traitement* recommandé, planifié ou non complété, ou pour lequel les résultats sont attendus.

Toutes les conditions ci-dessus doivent être remplies pour qu'une *condition médicale* soit considérée comme *stable et sous contrôle*.

« **Symptôme** » signifie une douleur, une sensation, une faiblesse, un trouble sensoriel ressenti par la *personne assurée*.

« **Traitement** » signifie tout acte médical prescrit, posé ou recommandé par un *médecin* en lien avec une *condition médicale*, incluant mais sans s'y limiter : prescription de *médicaments* (incluant « prescrit au besoin »), tests médicaux à des fins d'investigation, intervention chirurgicale.



« **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 *condition médicale* soudaine et imprévue nécessitant un *traitement* immédiat. Une *urgence* cesse lorsqu'il est établi par l'*assistance d'urgence* qu'aucun *traitement* n'est requis à destination ou que vous êtes en mesure de rentrer dans *votre* province de résidence pour recevoir ces *traitements*.

« **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 *confirmation d'assurance voyage* 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*.

« **Voyages d'affaires fréquents** » signifie tout type de *voyage* qui implique qu'une *personne assurée* effectue des allers-retours transfrontaliers fréquents dans le cadre de son travail et dont les séjours cumulatifs hors du Canada excèdent 30 jours par année (ex. : un camionneur).

IV. DESCRIPTION DES PRESTATIONS EN CAS D'URGENCE MÉDICALE

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* remboursera, jusqu'à un maximum de 5 000 000 \$ CAN pour la *durée de la police*, 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 vous auriez droit de recevoir en vertu du régime gouvernemental d'assurance maladie de *votre* province de résidence et qui excèdent *votre* régime gouvernemental d'assurance maladie, tout régime d'assurance gouvernemental ou automobile, toute autre protection d'assurance incluant, mais sans s'y limiter, les cartes de crédit, les protections collectives, individuelles ou par une tierce partie. Cette couverture agit à titre de dernier payeur. Toutes autres sources de remboursements, paiements d'indemnités ou protections d'assurance doivent avoir été épuisées avant que quelconque paiement ne soit effectué sous cette police.

Pour les prestations suivantes, l'*assureur* remboursera les *frais usuels et raisonnables* encourus durant *votre voyage*, liés à des *événements* soudains et imprévus (c.-à-d. des *accidents* ou des situations d'*urgence*) survenus durant *votre voyage* ; cette assurance ne couvre pas les suivis ni les soins récurrents :

1. FRAIS MÉDICAUX (*Hospitalisation*)

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

2. FRAIS ACCESSOIRES

Les frais accessoires (téléphone, télévision, stationnement, etc.) suite 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 des *frais usuels 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.

5. HONORAIRES D'INFIRMIERS ET DE SOINS MÉDICAUX À DOMICILE

Les honoraires pour les soins privés d'un infirmier diplômé (qui n'a aucun lien de parenté avec la *personne assurée*) ou d'une agence pour services de soins médicaux à domicile durant la période de convalescence à *vos* 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 10 000 \$ CAN par *personne assurée*, sujet à l'approbation de l'assistance d'urgence.

6. FRAIS DE DIAGNOSTICS

Les frais de radiologie et d'analyse en laboratoire prescrits par le *médecin* traitant dans le contexte d'un *traitement d'urgence*.

7. MÉDICAMENTS PRESCRITS

Le coût des *médicaments* prescrits par un *médecin* suite à une *urgence* médicale couverte. Tout *médicament* prescrit est sujet 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 ET DOULEURS

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour traiter une *blesure* à une dent naturelle et saine (qui a encore sa racine) suite à un coup *accidentel* à la bouche, 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*.

L'*assureur* accorde également jusqu'à concurrence de 500 \$ CAN pour les frais engagés pour le soulagement de douleurs dentaires aiguës occasionnées par des raisons autres qu'un coup direct au visage et pour lesquelles vous n'avez pas déjà reçu un *traitement* ou des conseils.

Sont cependant exclus de la couverture : la perte d'un amalgame, les traitements de canal, la pose, la réparation ou le remplacement de couronne, de pont, ou de dent artificielle (qu'il résulte d'un *accident* ou non) ainsi que tout soins dentaire requis suite à l'introduction volontaire d'un aliment ou d'un objet dans la bouche.

9. 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 interhospitalier.

10. 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. Les factures originales et la preuve de paiement seront exigées.



11. 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 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

À la suite d'une consultation avec le *médecin* traitant, l'Assistance d'urgence se réserve le droit de permettre la poursuite des *traitements* de la *personne assurée* à l'*hôpital* où elle se trouve, de demander son transfert vers un autre *hôpital*, ou de demander son rapatriement dans sa province de résidence pour la poursuite des *traitements*. Cette décision, le choix de l'*hôpital*, le moment du transfert et les conditions afférentes au transfert, sont à la discrétion de l'Assistance d'urgence. Dans tous ces cas, l'*assureur* remboursera les frais supplémentaires engagés pour le transfert de la *personne assurée* vers un autre *hôpital* ou pour son rapatriement vers sa province de résidence au Canada par le moyen de transport le plus approprié selon les circonstances (incluant mais sans s'y limiter : ambulance terrestre ou aérienne, civière ou aller simple sur un vol régulier avec ou sans accompagnement, etc.) à être déterminé par l'Assistance d'urgence selon le cas.

Si la *personne assurée* refuse d'être transférée ou rapatriée selon les conditions et au moment établis par l'Assistance d'urgence, les prestations cesseront, la protection prendra fin et l'*assureur* sera dégagé de toute autre responsabilité. Voir l'exclusion n° 3 de cette police pour plus de précisions.

Si *vos* compagnon de *voyage* (détenant une police d'assurance voyage émise par l'*assureur*) a bénéficié d'un rapatriement aérien dans sa province de résidence, l'*assureur* vous remboursera le coût d'un billet aller simple sur un vol régulier vers *vos* province de résidence au Canada.

C. RETOUR DE LA DÉPOUILLE

L'*assureur* remboursera les *frais usuels et raisonnables* 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 *frais usuels 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 *vos* incapacité de conduire *vos* *véhicule* jusqu'à *vos* domicile dans *vos* 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 *vos* *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 1 seul individu ; ou
- 2) Les frais demandés par une agence professionnelle.



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

E. RETOUR D'UN ANIMAL DE COMPAGNIE

À la suite d'une *urgence* nécessitant *vo*tre rapatriement dans *vo*tre province de résidence, l'*assureur* remboursera un maximum de 500 \$ CAN pour les frais reliés au retour de *vo*tre animal de compagnie (chat ou chien) voyageant avec *vo*us.

12. FRAIS ENCOURUS LORS D'UN RETOUR RETARDÉ

Un remboursement maximal de 200 \$ CAN par jour, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ 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.

13. ALLER-RETOUR D'URGENCE

Cette prestation ne requiert pas d'approbation préalable de l'assistance d'urgence. Si vous remplissez les critères ci-dessous, soumettez votre réclamation à l'assureur au plus tard 90 jours suivant votre retour dans votre province de résidence.

Cette prestation n'est pas applicable au Plan Annuel ou à un Plan par Voyage pour un voyage de moins de 30 jours. Cette garantie ne couvre pas les retours anticipés vers *vo*tre province de résidence.

Cette prestation prévoit le remboursement des frais imprévus et admissibles de transport aérien que *vo*us avez encourus d'urgence à la suite :

- Du décès d'un membre de *vo*tre famille immédiate ou de son hospitalisation pendant au moins 7 jours consécutifs ;
- De tout dommage causé à *vo*tre résidence principale la rendant inhabitable ou à *vo*tre commerce le rendant inexploitable.

Sur présentation d'un formulaire de réclamation et de preuves justificatives, l'*assureur* remboursera, lorsque admissibles, les frais d'un seul transport aller-retour, par avion, via le trajet le plus direct en classe économique à la province de résidence de la *personne assurée*, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ CAN par *personne assurée* pendant la durée de la police.

Vous n'êtes pas admissible à cette garantie si :

- Dans les 6 mois précédant la date de départ, le membre de *vo*tre 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, *vo*us connaissiez une situation qui pourrait *vo*us empêcher de poursuivre *vo*tre voyage tel que prévu lors de l'achat.

14. PÉRIODE DE STABILITÉ RÉDUITE (Protection optionnelle, si disponible)

*Vo*us pouvez choisir, en payant une prime additionnelle, de réduire la portée de l'exclusion n° 1 relative aux conditions médicales préexistantes à 30 jours au lieu des périodes de 3 ou 6 mois indiquées.

La réduction de la période de stabilité à 30 jours s'appliquera seulement à la (aux) condition(s) médicale(s) préexistante(s) spécifiée(s) à l'Annexe – Option de Période de stabilité réduite qui est jointe à *vo*tre confirmation d'assurance voyage. Dans le cas d'une réclamation résultant d'une de ces conditions médicales préexistantes, si celle-ci 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.

Veillez *vo*us référer à *vo*tre confirmation d'assurance voyage afin de déterminer si *vo*us avez choisi cette option.

Advenant une réclamation, la franchise demeure applicable, le cas échéant.

15. PÉRIODE DE STABILITÉ PROLONGÉE (Protection optionnelle, si disponible)

*Vo*us pouvez choisir, en contrepartie d'une réduction de prime, de prolonger la portée de l'exclusion n° 1 relative aux conditions médicales préexistantes à douze (12) mois au lieu des périodes indiquées de trois (3) ou six (6) mois.

La prolongation de la période de stabilité s'appliquera à l'ensemble de vos conditions médicales préexistantes, sauf aux conditions médicales faisant l'objet d'une exception (voir l'exclusion n° 1) et aux conditions médicales préexistantes faisant déjà l'objet d'une exclusion additionnelle. Consultez l'Annexe – Option de Période de stabilité prolongée qui est jointe à *vo*tre confirmation d'assurance voyage pour plus de précisions. Dans le cas d'une réclamation résultant d'une condition médicale préexistante, si celle-ci n'a pas été stable et sous contrôle pour une période d'au moins douze (12) mois avant la date de départ, aucune prestation ne sera payable.

Veillez *vo*us référer à *vo*tre confirmation d'assurance voyage afin de déterminer si *vo*us avez choisi cette option.

Advenant une réclamation, la franchise demeure applicable, le cas échéant.

16. OPTION D'EXCLUSION FACULTATIVE (Protection optionnelle, si disponible)

*Vo*us pouvez choisir l'Option d'Exclusion Facultative pour l'une des conditions médicales de *vo*tre Déclaration médicale personnalisée, en contrepartie d'une prime plus avantageuse. Veillez *vo*us référer à *vo*tre confirmation d'assurance voyage afin de déterminer si *vo*us avez choisi cette option.

Si *vo*us avez choisi cette option, une exclusion relative à l'appareil ou système concerné sera ajoutée à *vo*tre protection. Veuillez consulter l'Annexe – Option d'Exclusion Facultative incluse dans *vo*tre confirmation d'assurance voyage pour connaître l'exclusion exacte. Ainsi aucune réclamation ou frais ne sera payable si ces derniers sont reliés directement ou indirectement à cette exclusion.



V. EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

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 :

1. Toute *condition médicale* (autre qu'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 69 ans et pour une période de six (6) mois avant la *date de départ* pour les *personnes assurées* âgées de 70 ans et plus, à moins d'un avis contraire écrit de l'*assureur*.

Exception : tout rajustement de *médicament* pour l'hypertension artérielle ou le diabète ne requiert que deux (2) mois de stabilité avant la *date de départ*.
2. Tout *traitement* non autorisé par l'assistance d'urgence ou qui ne rencontre pas la définition 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 *traitements* expérimentaux ou préventifs, les vaccins, les *traitements* électifs, la chirurgie esthétique, le traitement du glaucome ou des cataractes, les soins dermatologiques, la coronarographie, l'angioplastie, la coloscopie, la biopsie, la cystoscopie, l'endoscopie, la chirurgie et l'insertion, le retrait ou l'ajustement d'implant ou les services donnés pour la commodité de la *personne assurée*.
 - Également, tout *traitement* qui peut raisonnablement être reporté jusqu'à *votre* retour dans *votre* province de résidence (que *vous* ayez l'intention d'y retourner ou non) par le prochain moyen de transport disponible, même si la perception que la disponibilité ou la qualité des soins pourrait être moindre dans *votre* province de résidence.
3. Si l'assistance d'urgence décide de *vous* transférer à un autre établissement ou le directeur médical de l'assistance d'urgence détermine que *vous* pouvez revenir dans *votre* province de résidence pour recevoir un *traitement* (selon l'option de transport la plus appropriée), et que *vous* (ou un membre de *votre* famille) choisissiez de ne pas le faire, aucune prestation ne sera versée pour ce *traitement* et pour des *traitements* subséquents. La protection prendra alors fin et l'*assureur* sera dégagé de toute autre responsabilité.
4. Toute poursuite d'un *traitement*, *rechute* ou complication d'une *condition médicale*, ou toute complication directe ou indirecte qui en résulte, si l'assistance d'urgence juge que l'*urgence* est terminée.
5. Toute *rechute* d'une *condition médicale* pour laquelle un *traitement* a été reçu durant le voyage assuré. De plus l'*assureur* se réserve le droit d'exclure l'*appareil* ou système en question.
6. Toute *rechute* ou complication directe ou indirecte d'une *condition médicale* pour laquelle *vous* avez choisi de recevoir une évaluation, un *traitement*, une intervention chirurgicale, des soins palliatifs ou tout autre forme de thérapie au cours de *votre* voyage et qui n'était pas relié à une *urgence*, peu importe si ledit voyage fut entrepris sur la recommandation d'un *médecin* ou non.
7. Toute *condition médicale* ou *symptôme* pour lequel il est raisonnable de croire ou il est prévu que des *traitements* seront nécessaires en cours de voyage.



8. Toute *condition médicale* reliée à des *symptômes* que *vous* avez ignorés ou résultant du fait que *vous* n'avez pas respecté le *traitement* prescrit ou recommandé, y compris la prise de *médicament* avec ou sans ordonnance. Ceci inclut également, les directives formulées par l'assistance d'urgence.
9. Toute *condition médicale* survenue ou apparue entre la *date de départ* et la *date d'entrée en vigueur* de *votre* police.
10. Tout achat ou renouvellement de *médicaments* prescrits avant la *date de départ* ainsi que l'achat de *médicaments* en vente libre.
11. Toute *condition médicale* résultant de troubles mentaux, nerveux, psychologiques, psychotiques ou psychiatriques incluant la dépression, l'anxiété et l'insomnie.
12. 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.
13. Toute *condition médicale*, y compris les *symptômes* de sevrage découlant de *votre* usage chronique d'alcool, de drogues ou d'autres substances intoxicantes. Toute *condition médicale* survenant au cours de *votre* voyage, découlant de l'abus d'alcool, de drogues et d'autres substances intoxicantes. L'abus d'alcool est déterminé par un taux d'alcoolémie supérieur à la limite la plus restrictive entre celle légalement permise dans *votre* province de résidence ou celle de la région ou du pays où *vous* vous trouvez au moment de l'*urgence*.
14. 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).
15. Tout suicide, tentative de suicide ou automutilation, que la *personne assurée* soit saine d'esprit ou non.
16. Tous frais occasionnés par :
 - Vos soins prénataux ou postnataux de routine;
 - Les traitements de fertilité ;
 - L'interruption volontaire d'une grossesse ;
 - *Votre* grossesse, *votre* accouchement, ou des complications qui en résultent lorsque elles surviennent au cours des neuf (9) semaines précédant ou suivant la date prévue d'accouchement ;
 - Un *enfant* né durant *votre* voyage.
17. Tout *accident* ou *condition médicale* 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);
 - Toute autre activité qui requiert que la *personne assurée* signe un formulaire de décharge de responsabilité en cas d'*accident* ou tout comportement risqué tel



que, mais non limité à : ne pas respecter les consignes de sécurité, les panneaux d'avertissements ou se trouver ou être dans des zones interdites.

18. Toute perte résultant d'un *accident* ou *condition médicale* 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*.
19. Tout *évènement* ou réclamation relié à :
 - a) Un affrontement public ;
 - b) Une guerre ou un fait de guerre (déclarée ou non) ou une instabilité politique ;
 - c) Une exposition volontaire à un péril quelconque ;
 - d) La perpétration ou l'intention de perpétrer un crime ou une infraction criminelle par *vous* ou *votre* bénéficiaire ;
 - e) Un acte de terrorisme ;
 - f) La raison pour laquelle un avertissement d'éviter tout *voyage* ou d'éviter tout *voyage* non essentiel est émis officiellement par le Gouvernement du Canada (www.voyage.gc.ca) pour un pays, une région ou une ville, si l'avis est en vigueur au moment de *votre date de départ*. Si l'avis officiel est émis après *votre date de départ*, nous vous accorderons un délai de 10 jours suivant l'émission de l'avis pour revenir dans *votre* province de résidence avant que la présente exclusion entre en vigueur. Il est de *votre* responsabilité de vérifier le statut de vos destinations.
20. Toute *condition médicale* survenue lors de *voyages d'affaires fréquents* ou lors d'un *voyage* pour travail humanitaire.
21. Tous frais encourus dans le but de permettre la cueillette d'organes, d'obtenir une greffe ou de faire un don de sang.
22. Tout *traitement* relié à un *évènement* survenu dans *votre* province de résidence.
23. Tous frais encourus pour une *condition médicale* ou un *accident* dont l'origine, la survenance ou les *symptômes* ont eu lieu durant la *période d'attente*. Cette exclusion s'applique également à tous les frais directement ou indirectement reliés à cette maladie ou cet *accident* s'ils sont engagés après les 48 premières heures suivant la *date d'entrée en vigueur*.
24. Tous sinistres indemnisés ou indemnisables auprès de toute autre source, incluant mais sans s'y limiter, tout régime gouvernemental, toute assurance privée ou de toute autre tierce partie, auxquels cas la présente assurance agit à titre de deuxième payeur.
25. Tous 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.
26. Toute 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

Vous pourriez avoir l'option de réduire *votre* prime d'assurance en choisissant l'une de ces franchises :

1. **Franchise traditionnelle** : Le montant entier de la franchise est applicable par *évènement*.
2. **Franchise pour soins hospitaliers** : Le montant entier de la franchise est applicable dès qu'un *évènement* 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 l'une de ces franchises, et ce, sans escompte ou rabais.

Dès qu'un contrat est émis avec une franchise, la *personne assurée* s'engage à rembourser l'*assureur* ou à acquitter les frais médicaux admissibles 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 des prestations avec le Régime provincial d'assurance maladie ou d'autres tiers ramène le montant net de la réclamation reliée à l'*évènement* 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 *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. Si *vous* demandez une prolongation alors que *votre* police initiale est expirée, une *période d'attente* pourrait s'appliquer.

Toute condition médicale 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 *véhicule*), 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.

Si *votre* compagnon de voyage détient une police d'assurance voyage émise par l'*assureur*, l'*assureur* prolongera également sa police sans frais supplémentaires. Ceci s'applique à un (1) compagnon de voyage.



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

1. Cette police est destinée à rembourser des frais de soins médicaux d'urgence en excédent des montants couverts par toute autre source de remboursement disponible. Elle ne remplace aucune autre source de remboursement ou assurance qui serait en vigueur et qui aurait remboursé les dépenses engagées en l'absence de la présente police. Par exemple, toute assurance responsabilité générale ou tous risques, une assurance automobile (incluant le régime gouvernemental d'assurance automobile), une assurance collective ou de retraite, ou une protection de carte de crédit. L'assureur n'exercera pas son droit de subrogation/coordination envers toute assurance 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. 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 prestation 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 présente police est établie sur la base des renseignements fournis dans la *confirmation d'assurance voyage* (et tout avenant le cas échéant), incluant *vos* destination. Lorsque *vous* remplissez la proposition d'assurance et répondez aux questions médicales, *vos* réponses doivent être complètes et exactes. En cas de réclamation, l'assureur vérifiera *vos* antécédents médicaux. Si l'une de *vos* réponses est incomplète ou inexacte, *vos* protection sera annulée et *vos* réclamation sera refusée.
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. L'assureur se réserve le droit de réévaluer *vos* admissibilité à l'assurance avant *vos* date d'entrée en vigueur.
3. La police doit être achetée et payée en entier avant *vos* date de départ de *vos* province de résidence. Les primes peuvent être modifiées sans préavis.
4. 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.

5. VOUS DEVEZ APPELER L'ASSISTANCE D'URGENCE AVANT DE RECEVOIR TOUT TRAITEMENT en composant sans frais le 1 844 820-6588 (USA et Canada), le 1 888 820-6588 (ailleurs) ou à frais virés le 1 819 377-2241.

Si *vous* n'appellez pas l'assistance d'urgence avant de recevoir un *traitement*, *vos* demande d'indemnité pourrait être refusée. Si des circonstances exceptionnelles *vous* empêchent d'appeler l'assistance d'urgence avant de recevoir tout *traitement* *vous* devez, ou la personne qui *vous* accompagne doit, appeler **dès que possible et fournir la preuve de ces circonstances exceptionnelles.**



Également, si *vous* ne suivez pas les directives de l'assistance d'urgence *vous* dirigeant vers une institution de soins, une clinique ou un *médecin* recommandé, *vos* demande d'indemnité pourrait être refusée.

Si *vous* n'appellez pas l'assistance d'urgence avant tout *traitement* ou si *vous* refusez la directive de l'assistance d'urgence, l'assureur se réserve le droit de limiter le remboursement des frais admissibles au moindre de :

- Des frais qui auraient été payés pour des services rendus à l'intérieur de son réseau de fournisseurs de services; et
- 70% des frais admissibles effectivement payés par la *personne assurée* et ce, jusqu'à un montant maximal payable de 25 000 \$ CAN (c'est-à-dire que *vos* couverture originale de 5 000 000 \$ CAN est réduite à 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 ou sa famille, le *médecin* traitant et l'assistance d'urgence. Autrement, les limitations du paragraphe ci-dessus seront applicables.

Il se peut que *vous* deviez payer directement les fournisseurs de service. La coordination des soins avec l'assistance d'urgence facilitera alors un remboursement rapide.

L'assistance d'urgence et 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.

6. L'assureur peut, de temps à autre, effectuer des paiements auprès des fournisseurs de services ou fournir des garanties de paiement à ces derniers, au bénéfice de la *personne assurée*, incluant mais sans s'y limiter, dans le cadre d'une *urgence* médicale. S'il devait être déterminé que la *personne assurée* n'était pas admissible à la couverture, l'assureur est en droit d'être indemnisé par la *personne assurée*. La *personne assurée* doit indemniser l'assureur pour les éléments suivants :
 - a) Tout montant payé par l'assureur à des tierces parties, au bénéfice de la *personne assurée*, et tout frais administratif associé à de tels paiements ;
 - b) Tous frais juridiques et débours sur la base conseiller juridique-client, et toutes dépenses administratives, le tout raisonnablement encourus par l'assureur afin de recouvrer les sommes dues par la *personne assurée* ; et
 - c) Tout autre montant payé par l'assureur, lié à un paiement effectué par l'assureur, ou nécessaire afin d'être indemnisé par la *personne assurée*.
7. Toutes les prestations sont payables en devises canadiennes à la *personne assurée* ou à sa succession si celle-ci est décédée. L'assureur peut 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 à laquelle les frais ont été encourus.
8. Aucune prestation impayée ne peut porter intérêt.
9. Nonobstant toute autre disposition des présentes, le présent contrat est soumis aux dispositions légales de la Loi sur les assureurs au sujet des contrats d'assurance accident.
10. 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 assureurs. Toutes les actions juridiques doivent avoir lieu dans la province de résidence de la *personne assurée*.



11. Toutes les dispositions de la police s'appliquent par personne assurée et par durée de la police.
12. Les prestations de la police ne peuvent être assignés à une tierce partie sans le consentement écrit de l'assureur.
13. 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. Thibeau, Trois-Rivières (Québec) G8T 6X9

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.

- 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 parvenir à l'assureur 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 parvenir à l'assureur 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 votre retour dans votre province de résidence, ou le retour de la personne qui vous 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 du jour suivant votre retour dans votre province (sujet à la présentation d'une pièce justificative supportant la date de votre retour). Il n'y aura aucun 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 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.



XIII. AVIS - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

La Survivance-Voyage, compagnie d'assurance (« La Survivance-Voyage ») met l'accent sur la protection des renseignements personnels qu'elle recueille dans le cadre de ses activités. La Survivance-Voyage utilise et partage les renseignements personnels recueillis uniquement pour les fins auxquelles ces renseignements ont été recueillis, sauf lorsque l'individu donne son consentement ou lorsque la loi l'exige ou l'autorise.

En demandant un produit ou service d'assurance, vous autorisez La Survivance-Voyage, ses agents, fournisseurs de services et autres partenaires (ci-après « Partenaires d'affaires »), à recueillir, par tout moyen électronique, courriel, télécopieur ou courrier, à utiliser et à divulguer, tout renseignement personnel vous concernant aux fins suivantes : identification, vérification de votre identité, évaluation de votre admissibilité aux produits d'assurance, traitement d'une réclamation et gestion administrative des produits et services.

Vous autorisez également La Survivance-Voyage à communiquer et à échanger l'information personnelle vous concernant avec ses Partenaires d'affaires, qu'ils soient situés au Québec ou non, lorsque la communication de ces renseignements est nécessaire à l'accomplissement de leur mandat.

Cette autorisation s'applique à vos renseignements personnels détenus par toute personne morale ou physique, notamment mais non exclusivement, par tout *médecin* ou autre professionnel de la santé, établissement de santé privé ou public, établissement de réhabilitation, pharmacien, compagnie d'assurance, tout employeur ou toute personne ou organisation qui possède de l'information médicale ou financière à votre sujet. Cette autorisation s'applique également à tout renseignement personnel contenu sur les médias sociaux ou sur toute plateforme Internet accessible au public.

Vous déclarez être au fait des droits octroyés par la « Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé », dont particulièrement, mais non exclusivement : le droit d'accéder à vos renseignements, le droit de faire rectifier ces renseignements, le cas échéant, et le droit de retirer, à tout moment, la présente autorisation en ce qui concerne l'utilisation et la communication de vos 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 versés les renseignements personnels concernant votre *confirmation d'assurance voyage* ainsi que les renseignements relatifs à toute réclamation d'assurance. Seuls les employés, réassureurs ou mandataires responsables de la souscription, de l'administration, 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 le 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, 247 boul. Thibeau, Trois-Rivières (Québec) G8T 6X9. À tout moment, vous avez également le droit de retirer votre consentement à l'utilisation ou à la communication de vos renseignements personnels. Dans le cadre normal du traitement des réclamations d'assurance, toutes les compagnies d'assurance, y compris La Survivance-Voyage, peuvent demander une copie de votre dossier médical afin de déterminer votre admissibilité aux prestations.



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

Sans frais : **1 844 820-6588**
(ou 1 888 820-6588)

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

Assuré par



247 boul. Thibeau, Trois-Rivières (Québec) G8T 6X9
Téléphone : 1 819 377-1777 / 1 800 268-9633
Télécopieur : 1 819 377 6069