

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

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

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

**IMPORTANT :** Les bénéfices payables en vertu de la présente police sont sujets à la réception de la proposition signée par l'assuré(e) et du paiement de la prime requise avant *Votre* départ et avant de soumettre une demande de réclamation.

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

## AVIS IMPORTANT

- L'assurance voyage en cas d'**Urgence** médicale est conçue pour couvrir un **Traitement d'Urgence** médicale à la suite de circonstances soudaines et imprévues. De plus, elle couvre les frais de rapatriement dans *Votre* province de résidence lorsque requis (bénéfice 11B de la section IV. Assurance voyage en cas d'**Urgence** médicale)
- L'exclusion des *Conditions préexistantes* s'applique aux conditions médicales qui ne sont pas *Stables et sous contrôle et/ou Symptômes* qui se sont manifestés lors ou avant *Votre* date de départ. Veuillez vérifier comment une telle exclusion affecte *Votre* éligibilité à l'assurance.
- Dans le cas d'un *Accident*, d'une *Blessure* ou d'une *Maladie*, *Vos* antécédents médicaux seront étudiés afin de confirmer *Votre* admissibilité aux prestations.
- Nous *Vous* recommandons fortement, lorsque possible, d'appeler au 1-888-820-6588 avant de quitter pour aller recevoir des soins médicaux.
- Dans tous les cas, *Vous* devez aviser L'ASSISTANCE D'URGENCE avant tout *Traitement*. Si *Vous* omettez de contacter L'ASSISTANCE D'URGENCE afin d'obtenir une autorisation préalable, *Vos* prestations pourraient être limitées à 70 % des frais admissibles, sujet à un maximum de 25 000 \$ CAN. Veuillez consulter la section XII - Conditions Générales, clause #10 pour plus de détails.
- La coordination des soins doit se faire à compter du tout début et pendant toute la durée du *Traitement* et doit impliquer le patient et/ou sa famille, le *Médecin* traitant et l'assistance médicale d'*Urgence*.

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

Aux États-Unis et au Canada, composez sans frais le 1-888-820-6588, à frais virés le 1-954-340-1912  
et partout ailleurs, composez sans frais le 1-888-910-0900, à frais virés le 1-954-340-1408.

## ASSISTANCE MÉDICALE D'URGENCE

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

## ASSISTANCE GÉNÉRALE

- *Vous* aide à contacter *Votre* famille, *Vos* partenaires d'affaires ou *Votre* *Médecin* de famille;
- Facilite la transmission de messages urgents à *Votre* famille;
- *Vous* aide à trouver les services d'un conseiller juridique en cas d'*Accident grave*;
- Coordonne les demandes d'indemnisation avec le régime gouvernemental d'assurance maladie de *Votre* province.

## I. CONTRAT D'ASSURANCE

Après considération et acceptation de la proposition d'assurance que *Vous* avez complétée et signée, 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 :

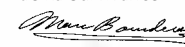
- toutes les dépenses admissibles directement liées à une *Urgence* survenant au cours d'un *Voyage* assuré hors de *Votre* province de résidence et qui excèdent toute indemnité que la *Personne assurée* aurait droit de recevoir en vertu du régime gouvernemental d'assurance maladie de la province de *Votre* domicile et/ou de tous les autres régimes d'assurance en vigueur, si la protection en cas d'*Urgence* médicale a été choisie.
- les dépenses admissibles et les pertes résultant d'un risque couvert durant la *Durée de police*, si la protection d'Annulation et interruption de voyage ou le Forfait non médical a été choisi.

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

Richard Gagnon  
Président et chef de la direction  
de La Survivance



Marc Bourduas  
Trésorier  
de La Survivance



## 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 (multi-voyages)

Le Plan Annuel *Vous* couvre pour de multiples voyages d'une durée maximale (selon l'option choisie sur la proposition) hors de *Votre* province de résidence au cours de la *Durée de la police*. La protection au titre de ce régime entre en vigueur à la *Date d'entrée en vigueur* du contrat et prend fin au premier anniversaire de celui-ci. Après chaque voyage, *Vous* devez revenir dans *Votre*

province de résidence ou au Canada. *Vous* n'êtes pas tenu de fournir au préalable les dates de départ et de retour pour chaque voyage. *Vous* devez toutefois fournir une preuve de la date de *Votre* départ et de *Votre* retour 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 ou territoire de résidence.

## PLAN FAMILIAL

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

## II. ADMISSIBILITÉ

*Vous* êtes admissible si *Vous* :

- êtes à la date de départ, âgé(e) de plus de 3 mois pour le plan TOUR+MED INTERNATIONAL (par voyage), 3 mois à 79 ans pour le plan TOUR+MED INTERNATIONAL (plan annuel), et 3 mois à 79 ans pour le plan TOUR+MED EXPRESS, et de moins de 90 ans pour la protection Annulation et Interruption de voyage ainsi que pour le forfait non médical; et
- maintenez un domicile permanent au Québec, Nouveau-Brunswick ou en Ontario; et
- êtes admissible aux prestations de *Votre* régime respectif d'assurance maladie gouvernemental; et
- rencontrez les critères d'admissibilité décrits dans la proposition d'assurance.

## III. DÉFINITIONS

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

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

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

« **Assureur, Nous, Notre** » signifie La Survivance, compagnie mutuelle d'assurance vie.

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

« **Changement** » signifie toute altération ou détérioration suivante de *Votre* état de santé : apparition de nouveaux *Symptômes* et/ou *Symptômes* plus fréquents; *Vous* avez consulté un *Médecin*; *Vous* avez été hospitalisé; *Vous* avez subi des examens afin d'établir un diagnostic (autres que

ceux de routine); on a modifié *Votre Traitement*; on *Vous* a prescrit un nouveau *Médicament* et/ou on a modifié, soit par une augmentation, une réduction ou une interruption, la posologie ou la fréquence de *Votre* médication (exception : insuline ou Coumadin).

« **Changement d'horaire** » signifie report du départ d'un transporteur aérien à la suite duquel *Vous* manquez la correspondance suivante que *Vous* deviez prendre avec un autre transporteur aérien (ou bateau de croisière, traversier, autobus ou train) ou avancement du départ d'un transporteur aérien qui rend inutilisable le billet que *Vous* avez acheté pour la correspondance précédente que *Vous* deviez prendre avec un autre transporteur aérien (ou bateau de croisière, traversier, autobus ou train). Tout *Changement d'horaire* découlant de la défaillance du prestataire de services de voyage, d'une grève ou d'une interruption de travail n'est pas considéré comme un *Changement d'horaire*.

« **Chirurgie mineure** » signifie tour chirurgie ne nécessitant pas d'anesthésie générale.

« **Compagnon / compagne de voyage** » signifie en vertu de la protection Annulation et Interruption de voyage ainsi que du Forfait non médical, la personne avec qui *Vous* partagez les arrangements de voyage et l'hébergement prépayé et qui est nommée dans la proposition d'assurance.

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

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

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

« **Date d'entrée en vigueur** » pour la garantie en cas d'*Urgence* médicale, signifie la date la plus tardive entre la date où l'*Assureur* reçoit la prime et la proposition ou 0 h 01 à la date de la proposition indiquée comme *Date d'entrée en vigueur*. Pour la garantie Annulation et Interruption de voyage, signifie la date où l'*Assureur* reçoit la proposition avec le paiement complet de la prime, et pour les garanties d'Assurance Bagages et Décès ou mutilation accidentels, il s'agit de la *Date de départ*.

« **Date d'expiration** » signifie la première date entre minuit de la journée indiquée comme *Date d'expiration* sur la proposition, date à laquelle la personne assurée revient de voyage dans sa province de résidence ou la date de l'événement ayant causé l'annulation de la police si *Votre Voyage* est annulé avant la *Date de départ*.

« **Date de départ** » signifie la date prévue du début de *Votre Voyage*, telle qu'elle figure dans *Votre* proposition d'assurance (selon l'heure locale à *Votre* adresse au Canada).

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

« **Employé clé** » signifie un employé de l'entreprise qui *Vous* appartient et dont la présence est essentielle à son bon fonctionnement en *Votre* absence.

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

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

« **Famille immédiate** » signifie *Votre Conjoint(e), Vos parents, Vos Enfants, Vos frères et soeurs, Vos grands-parents et petits-enfants.*

« **Gardien** » signifie toute personne chargée de façon permanente et à temps plein de veiller au bien-être d'une personne à *Votre* charge et qui ne peut raisonnablement pas être remplacée en son absence.

« **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** » séjour d'au moins 18 heures à l'*urgence* d'un *Hôpital* ou à titre de patient admis.

« **Lettre de confirmation** » signifie une lettre que l'*Assureur Vous* envoie pour confirmer les détails de *Votre* assurance, basée sur l'information que *Vous* avez fournie dans *Votre* proposition d'assurance.

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

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

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

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

« **Mutilation** » signifie le sectionnement irrévocable d'un bras ou d'une jambe au-dessus du poignet ou de la cheville.

« **Personne assurée** » pour la garantie en cas d'*Urgence* médicale, la garantie Bagages et la garantie Décès et *Mutilation* par suite d'*Accident*, signifie chacune des personnes nommées en tant qu'assuré(es) dans la proposition. Pour la garantie Annulation et Interruption de voyage signifie, *Vous, Votre Famille immédiate* (y compris *Votre Conjoint*), *Votre* hôte à destination, *Votre Compagnon de Voyage*, un *Gardien*, un *Employé clé* ou un associé en affaires.

« **Perte de la vue** » signifie la perte entière et irrécouvrable de la vue.

« **Perte de l'ouïe** » signifie la perte entière et irrécouvrable de l'ouïe.

« **Perte de la parole** » signifie la perte entière et irrécouvrable de la parole.

« **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.

« **Plans Tour+Med** » englobe les plans Tour+Med International (par voyage et annuel) et Tour+Med Express (par voyage et annuel) émis par La Survivance.

« **Point de départ** » signifie la ville d'où *Vous* partez en *Voyage*.

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

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

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

1. aucun nouveau diagnostic n'a été prononcé, aucun nouveau *Traitement* ni *Médicament* d'ordonnance n'a été prescrit (incluant « prescrit au besoin »);
2. il n'y a eu aucun changement de fréquence ou de type de *Traitement* reçu, ni aucun changement de quantité, de fréquence ou de type de *Médicament* pris, excepté les ajustements courants de Coumadin, de Warfarine, d'insuline ou de *Médicaments* pour contrôler le diabète par voie orale dans le but de conserver un contrôle optimal (à condition qu'ils ne soient pas nouvellement prescrits ou interrompus) ainsi que le remplacement d'un *Médicament* d'appellation d'origine par un *Médicament* générique (pourvu que la posologie n'ait pas été modifiée).
3. aucun nouveau *Symptôme* n'est apparu, ni aucune hausse dans la fréquence ou la sévérité des *Symptômes*;
4. les résultats de tests ne témoignent d'aucune détérioration de l'état de santé;
5. il n'y a eu aucune *Hospitalisation*, ni aucun renvoi à un spécialiste (fait ou recommandé) et vous n'attendez pas les résultats d'examen relativement à un problème de santé.

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

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

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

« **Urgence** » signifie toute *Maladie* ou *Blessure* inattendue qui exige une attention médicale ou *Traitement* immédiat pour prévenir ou minimiser une menace à la vie ou à la santé de la *Personne assurée*. Une *Urgence* cesse d'exister quand la condition est *Stable et sous contrôle* selon les circonstances et selon le directeur médical de l'Assistance d'*Urgence*. Dans ce cas, la personne peut retourner dans sa province de résidence. 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 chacune des personnes nommées dans la proposition et assurées en vertu de la police.

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

#### IV. ASSURANCE VOYAGE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE

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

Chaque *Personne assurée* bénéficie des prestations suivantes, pour les frais usuels 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 2 000 000 \$ CAN pour la *Durée de la police*.

##### 1. FRAIS MÉDICAUX (*Hospitalisation*)

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

##### 2. FRAIS ACCESSOIRES

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

##### 3. HONORAIRES DE MÉDECIN

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

##### 4. APPAREILS MÉDICAUX

L'achat de béquilles, cannes, attelles, plâtres, écharpes, bandages herniaires, 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 3 000 \$ CAN par *Évènement* et par *Personne assurée*, sujet à l'approbation de l'ASSISTANCE D'URGENCE.

##### 6. FRAIS DE DIAGNOSTIC

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

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

Le coût des *Médicaments* obtenus sur ordonnance d'un *Médecin* pour une nouvelle condition couverte suite à une *Urgence médicale*. Toute ordonnance couverte est sujette à une franchise non remboursable de 5,00 \$ US. Le paiement de la prescription ne sera valide que pour la période initiale de 30 jours après l'*Urgence*. Le coût des *Médicaments* renouvelés au-delà de cette période n'est pas couvert.

##### 8. SOINS DENTAIRES D'URGENCE

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

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

##### 9. 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.

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

##### B. RAPATRIEMENT AÉRIEN AU LIEU DE RÉSIDENCE

Suite à une consultation avec le *Médecin* traitant, ou suite à une *Urgence* nécessitant le retour 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 (aussi assuré par un des *Plans TOUR+MED*) vers son lieu de résidence au Canada par l'un des moyens suivants: ambulance aérienne, brancard 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 considérées par l'*Assureur*. Le coût d'un cercueil, d'une urne ou des funérailles n'est pas couvert.

##### D. RETOUR D'UN VÉHICULE

L'*Assureur* remboursera les frais encourus pour le retour du *Véhicule* personnel de la *Personne assurée* à son domicile ou du *Véhicule* loué par celle-ci à l'agence de location la plus proche, jusqu'à concurrence d'un maximum de 2 000 \$ CAN. Les reçus originaux seront exigés. Une recommandation écrite du *Médecin* traitant attestant que la *Personne assurée* est incapable de retourner avec son véhicule ou nécessite de l'assistance additionnelle **pourrait être requise par l'Assureur**. Les frais de carburant pour tous les *Véhicules* récréatifs (VR) sont à la charge de la *Personne assurée*.

## 12. FRAIS ENCOURUS LORS D'UN RETOUR RETARDÉ

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

## 13. ALLER-RETOUR D'URGENCE

*(Ce bénéfice n'est pas applicable au Plan Annuel ou à un Plan Tour+Med par voyage pour un séjour de moins de 30 jours).*

Cette garantie couvre seulement les frais imprévus et éligibles de transport aérien que *Vous* devez engager d'*Urgence* suite:

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

Sur présentation d'une demande de règlement et de preuves justificatives, l'*Assureur* remboursera les frais raisonnables et habituels, lorsque éligibles, d'un seul transport aller-retour, par avion, via le trajet le plus direct en classe économique à la province de résidence de l'assuré, jusqu'à un maximum de 1 500 \$ CAN par *Personne assurée* pendant la *Durée de la police*. *Vous* devez contacter l'*Assureur* au 1-800-268-9633 afin d'éviter une interruption de *Votre* couverture d'assurance. (Voir section XV)

**Vous n'êtes pas éligible à cette garantie si:**

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

## 14. ASSURANCE VIE EN CAS D'ACCIDENT DURANT LE SÉJOUR

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

## 15. FORFAIT PROTECTION PLUS (PROTECTION OPTIONNELLE)

Si *Vous* désirez élargir *Votre* protection, *Vous* pouvez ajouter, en payant une prime additionnelle, le Forfait Protection plus. Veuillez *Vous* référer à *Votre* proposition afin de déterminer si *Vous* êtes couverts par ce bénéfice.

Le forfait optionnel Protection Plus comporte les cinq bénéfices suivants:

### A. AUGMENTATION DU MONTANT MAXIMALE DU BÉNÉFICE D'ASSURANCE VOYAGE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE

Le montant maximal payable en vertu des bénéfices de la section IV. Assurance Voyage en cas d'*Urgence* médicale est haussé de 2 000 000 \$ CAN à 5 000 000 \$ CAN.

## B. ABOLITION DES FRAIS

Les frais de 15 \$ pour les changements de dates en vertu de la clause 16 de la section XII Conditions Générales ne seront pas exigés. Les frais de 25 \$ pour une annulation en vertu de la section XIV. Remboursement des primes ne seront également pas exigés.

## C. DÉCÈS ACCIDENTEL

Le montant payable en vertu du bénéfice 14. Assurance vie en cas d'*Accident* durant le séjour de la section IV. est haussé de 25 000 \$ CAN à 50 000 \$ CAN.

## D. RETOUR DE L'ANIMAL DE COMPAGNIE

Si *Vous* voyagez avec un chien ou un chat et que *Vous* devez rentrer au Canada suite à une *Urgence* médicale couverte et autorisé par l'*Assistance* d'urgence, ce bénéfice *Vous* remboursera le coût d'un billet aller simple pour *Votre* chien ou *Votre* chat pour son retour dans *Votre* province de résidence, jusqu'à concurrence de 500 \$ CAN par *Personne assurée*.

## E. FRAIS PARAMÉDICAUX DOUBLÉS

Le montant maximal de frais remboursables pour les honoraires d'une chiropraticien, podiatre ou physiothérapeute décrit dans le bénéfice #10 de la section IV. Assurance voyage en cas d'*Urgence* médicale, est doublé à 600 \$ CAN par *Personne assurée*.

## V. PROTECTION ANNULATION ET INTERRUPTION DE VOYAGE

Veillez *Vous* référer à *Votre Lettre de confirmation* afin de déterminer si *Vous* êtes couverts par cette protection et le montant maximal assuré correspondant.

### A. RENSEIGNEMENT GÉNÉRAUX

Pour avoir droit à cette assurance, *Vous* devez être résident canadien, être âgé de moins de 90 ans et avoir souscrit ce contrat avant de partir en *Voyage*. *Vous* devez souscrire l'assurance pour toute la durée de *Votre Voyage* afin de couvrir la valeur totale de la partie non remboursable ni transférable de *Vos* dispositions de voyage, jusqu'à concurrence de 12 000 \$ CAN.

La garantie Annulation de voyage prévoit le remboursement des pertes que *Vous* subissez en raison de *Voyages* annulés avant la *Date de Votre départ*. La garantie Interruption de voyage prévoit le remboursement des pertes que *Vous* subissez en raison de *Voyages* interrompus ou retardés après la *Date de Votre départ*.

Suite à l'annulation ou interruption d'un *Voyage*, *Vous* êtes admissible à recevoir un remboursement pour les pertes subies en fonction :

- des risques qui sont couverts énumérés ci-dessous; et
- du montant remboursable des bénéfices assurés; et
- du montant maximal indiqué sur *Votre Lettre de confirmation*.

La protection Annulation et Interruption prend effet lorsque *Votre* nom apparaît dans une proposition d'assurance dûment remplie et lorsque la totalité de *Votre* prime a été acquittée.

La protection Annulation et Interruption prend fin à la date de la première de ces éventualités :

- a) la date à laquelle *Vous* revenez dans *Votre* province de résidence ;
- b) la date à laquelle il est prévu que *Vous* reveniez à *Votre Point de départ* ; ou
- c) la date à laquelle survient le motif de l'annulation, si *Votre Voyage* est annulé avant la *Date de Votre départ*.

Votre prime ne peut être remboursée que si :

- a) le fournisseur de voyages annule ou modifie *Votre Voyage* avant la *Date de Votre départ* et que toutes les pénalités d'annulation sont supprimées ; ou
- b) *Vous* annulez *Votre Voyage* avant que les pénalités d'annulation ne s'appliquent.

## B. RISQUES ASSURÉS

Une prestation maximale équivalant au montant indiqué dans *Votre Lettre de confirmation* est prévue pour couvrir des pertes particulières énumérées sous la section Bénéficiaires assurés ci-après (section C.), par suite de l'annulation ou de l'interruption de *Votre Voyage* en raison de la *survenance* d'un des risques assurés suivants :

### 1. Problèmes de santé et décès

*Vous*, un membre de *Votre Famille immédiate*, *Votre Compagnon de Voyage*, un *Gardien*, *Votre* hôte à destination, un associé en affaires ou un *Employé clé* :

- a) décédez dans les 30 jours précédant la *Date de Votre départ*, ou durant *Votre Voyage* ; ou
- b) subissez une *Urgence* médicale.

Dans le cas d'une annulation de voyage, un examen médical doit être pratiqué par un *Médecin* dans les 72 heures précédant l'annulation. Dans le cas d'une interruption de *Voyage*, cet examen doit avoir lieu au cours de *Votre Voyage*.

### 2. Grossesse et adoption

- a) Des complications imprévues liées à *Votre* grossesse, à celle de *Votre Conjointe*, de *Votre Compagne de Voyage* ou à la *Conjointe de Votre Compagnon de Voyage* au cours des premières 31 semaines de grossesse.
- b) *Votre* grossesse, celle de *Votre Conjointe*, d'un membre de *Votre Famille immédiate*, de *Votre Compagne de Voyage* si cette grossesse est diagnostiquée après que l'assurance ait été souscrite et si le départ est prévu dans les neuf (9) semaines avant ou après la date d'accouchement prévue.
- c) L'adoption légale d'un enfant par *Vous-même* ou par *Votre Compagnon de Voyage*, lorsqu'il est prévu que la date réelle de l'adoption de l'enfant se situe au cours de *Votre Voyage*.

### 3. Avertissements gouvernementaux aux voyageurs et visas

- a) Un avertissement aux voyageurs, émis officiellement par écrit par le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international du Canada après la souscription de *Votre* assurance, enjoignant les Canadiens à ne pas se rendre dans un pays, une région ou une ville faisant partie de *Votre* itinéraire de *Voyage*
- b) La non-émission de *Votre* visa de voyage ou de celui de *Votre Compagnon de voyage* pour des raisons hors de *Votre* contrôle ou de celui de *Votre Compagnon de voyage*. N'est pas couverte, la non-émission d'un visa de voyage en raison de la présentation tardive de sa demande ; n'est pas couverte non plus, la non-émission d'un visa d'immigration ou de travail.

## 4. Emploi et profession

- a) Après la *Date d'entrée en vigueur* de *Votre* contrat, *Vous*, *Votre Conjoint* ou *Votre Compagnon de voyage*, après avoir été au service du même employeur pendant au moins deux années consécutives êtes congédié ou mis à pied pour une raison qui n'a pas été causée par *Vous*.
- b) Une relocalisation de *Votre* résidence principale résultant d'un transfert initié par *Votre* employeur ou par celui de *Votre Conjoint* ou de *Votre Compagnon de voyage* après la *Date d'entrée en vigueur* de *Votre* police.
- c) *Vous* ou *Votre Compagnon de voyage* êtes appelés en service en tant que réservistes, dans le service militaire, la police ou les services d'incendie.
- d) L'annulation d'une réunion d'affaires liée directement à *Votre* emploi ou profession et pour laquelle le *Voyage* était prévu, si cette réunion a été organisée par un tiers indépendant.

## 5. Retards

- a) Le retard de *Votre Transporteur public* prépayé ou de celui de *Votre Compagnon de voyage* dans le cadre de *Votre Voyage* en raison du mauvais temps, d'un tremblement de terre ou d'une éruption volcanique, lorsque ce retard représente au moins 30% de la durée du *Voyage* et que vous décidez de ne pas poursuivre *Votre Voyage* selon les dispositions prises.
- b) Le retard d'une voiture particulière privée faisant en sorte que *Vous* ratez ou interrompez une partie de *Votre Voyage* en raison du mauvais temps, d'un tremblement de terre, d'une éruption volcanique, d'un problème mécanique, d'un accident de la route ou d'un barrage routier ordonné par la police en cas d'urgence, lorsque la voiture particulière était censée arriver au *Point de départ* au moins trois (3) heures avant l'heure de départ prévue.
- c) L'annulation de *Votre* croisière avant le départ de *Votre* bateau de croisière en raison d'un problème mécanique, de l'échouement ou de la mise en quarantaine du bateau de croisière ou de son déplacement en raison du mauvais temps, d'un tremblement de terre ou d'une éruption volcanique.
- d) *Vous* ratez *Votre* vol de correspondance en raison du *Changement d'horaire* du transporteur aérien assurant le transport pour une partie de *Votre Voyage*.

## 6. Autres risques assurés

- a) *Votre* sélection à titre de juré, ou si *Vous* êtes requis à comparaître au tribunal en vertu d'une ordonnance de la cour ou d'une assignation à témoigner ; cette disposition ne s'applique pas aux agents de la paix.
- b) *Vous*, *Votre Conjoint*, *Vos Enfants* ou *Votre Compagnon de voyage* êtes mis en quarantaine ou le moyen de transport utilisé est détourné.
- c) *Votre* résidence ou celle de *Votre Compagnon de voyage* est rendue inhabitable à la suite d'un incendie, d'une inondation, d'un cambriolage ou d'une catastrophe naturelle.
- d) Lorsque *Vous* ou *Votre Compagnon de voyage* êtes propriétaire d'une entreprise et que *Votre* lieu d'affaires est rendu inutilisable par suite d'un incendie, d'une inondation, d'un cambriolage ou d'une catastrophe naturelle.

- e) Lorsque *Vous* ou *Votre Compagnon de voyage* êtes victime d'agression criminelle dans les dix (10) jours précédant la *Date de Votre départ*. En vertu de la présente protection optionnelle, ne constitue pas un risque assuré l'acte d'agression criminelle que *Vous*, un membre de la *Famille immédiate*, un *Compagnon de Voyage* ou un membre de la famille du *Compagnon de Voyage* perpétrez.
- f) La mort de *Votre* chien-guide/chien assistant ou de celui de *Votre compagnon de voyage* après la souscription de la présente assurance lorsque *Vous* ou *Votre Compagnon de voyage* êtes légalement aveugle et que des dispositions de voyage ont été prises pour le chien.

### C. BÉNÉFICES ASSURÉS

Lorsque *Vous* subissez des pertes en raison de l'un des six (6) risques assurés précédents, l'Assureur rembourse :

#### Annulation de voyage (avant la date et l'heure de départ)

1. les versements ou dépôts effectués pour acquitter les pénalités d'annulation du *Voyage* jusqu'à concurrence du montant assuré choisi, à condition qu'aucun crédit n'ait été accordé par le fournisseur de voyages et que les billets soient inutilisés, inutilisables, non remboursables, non transférables et qu'on ait renoncé à s'en prévaloir ;
2. les coûts supplémentaires occasionnés par la modification du tarif d'occupation par personne pour des dispositions de voyage prépayées jusqu'à concurrence du montant assuré choisi lorsque le *Voyage* du *Compagnon de Voyage* est annulé pour l'un des risques assurés ci-dessus et que le *Vôtre* ne l'est pas.

#### Interruption de voyage (après la date et l'heure de départ)

1. les paiements ou dépôts de voyage effectués pour acquitter les pénalités d'annulation, à condition qu'aucun crédit n'ait été accordé par le fournisseur de voyages et que les billets soient inutilisés, inutilisables, non remboursables, non transférables et qu'on ait renoncé à s'en prévaloir ;
2. les coûts supplémentaires occasionnés par la modification du tarif d'occupation par personne pour des dispositions de voyage prépayées lorsque le *Voyage du Compagnon de voyage* est interrompu pour l'un des risques assurés ci-dessus et que le *Vôtre* ne l'est pas ;
3. les frais de transport et d'hébergement supplémentaires raisonnables, jusqu'à concurrence de 250 \$ CAN par jour, pour un maximum de trois (3) jours, lorsqu'un membre de la *Famille immédiate* qui fait le *Voyage* ou un *Compagnon de Voyage* doit demeurer hospitalisé ;
4. les frais de transport supplémentaires raisonnables nécessaires pour *Vous* permettre de revenir à *Votre* destination de retour ou de voyager de l'endroit où *Votre Voyage* a été interrompu à l'endroit où *Vous* pouvez reprendre *Votre Voyage*, et la partie inutilisée de toute disposition de voyage par voie terrestre, aérienne ou maritime non remboursable et non transférable que *Vous* avez payée dans le cadre de *Votre Voyage* ;
5. les frais de voyage supplémentaires raisonnables pour *Vous* rendre à *Votre* destination prévue lorsque *Vous* devez partir après *Votre Date de départ* prévue en raison d'un des risques assurés ci-dessus.

Les prestations versées en vertu des numéros 4 et 5 ci-dessus ne doivent pas dépasser le coût d'un billet d'avion en classe économique selon l'itinéraire le plus direct à bord du prochain transporteur disponible, moins toute somme *Vous* ayant déjà été remboursée.

### D. CONDITIONS ET RESTRICTIONS

1. La garantie maximale payable en vertu de la garantie d'annulation de voyage est de 12 000 \$ CAN. *Vous* devez en outre souscrire de l'assurance pour la valeur totale de la partie non remboursable et non transférable de *Vos* dispositions de *Voyage*.
2. *Vous* devez aviser le(s) fournisseur(s) d'assurance voyage concerné(s) de *Votre* annulation ou interruption le jour même où se réalise le motif de l'annulation ou de l'interruption, sauf si les circonstances *Vous* en empêchent ; à ce moment-là, *Vous* devez le faire aussi rapidement qu'il est raisonnable de le faire. Si *Vous* ne le faites pas, *Votre* demande de règlement sera irrecevable.
3. Si *Vous* êtes admissible auprès d'un autre assureur à des prestations semblables à celles prévues par la présente garantie, la totalité des prestations que tous les assureurs peuvent *Vous* verser ne peut excéder les dépenses que *Vous* avez réellement engagées. Nous effectuerons la coordination des prestations versées par tous les assureurs, jusqu'à concurrence du montant le plus élevé payable par chaque assureur.
4. *Nous* nous réservons le droit de prendre des mesures contre une tierce partie responsable du fait que *Vous* deviez engager des frais. *Vous* consentez à coopérer pleinement avec *Nous* pour tenter une poursuite en *Votre* nom contre une tierce partie (le tout à nos frais). Si *Vous* deviez recouvrer des sommes auprès d'une tierce partie, *Vous* consentez à *Nous* rembourser tout montant excédentaire que *Nous* pourrions *Vous* avoir versé.

### VI. ASSURANCE BAGAGES

Cette protection est incluse si le Forfait non médical a été choisi. Veuillez *Vous* reporter à *Votre Lettre de confirmation* afin de déterminer la protection que *Vous* avez souscrite.

#### A. RISQUES ASSURÉS ET PRESTATIONS

Cette protection :

1. couvre les dommages causés à des bagages et à des effets personnels, de même que leur perte ou leur vol au cours de *Votre Voyage*. Le montant maximal que *Nous* remboursons est de 500 \$ CAN par article ou ensemble d'articles, et un maximum de 1 000 \$ CAN en vertu de cette police.
2. rembourse jusqu'à concurrence de 200 \$ CAN pour le remplacement du passeport, du permis de conduire, du certificat de naissance ou du visa de voyage perdus ou volés au cours de *Votre Voyage*.
3. rembourse jusqu'à concurrence de 400 \$ CAN l'achat de vêtements essentiels et d'articles d'hygiène personnelle manquants, si *Vos* bagages personnels à bord d'un *Transporteur public* sont retardés ou égarés pendant au moins douze (12) heures pendant que *Vous* êtes en *Voyage*.

#### B. CONDITIONS ET RESTRICTIONS

1. Lorsqu'un article couvert est perdu ou endommagé, *Vous* devez :
  - a) avertir immédiatement la police (le gérant de l'hôtel, le guide touristique ou la régie des transports, s'il n'y a pas de service de police) de l'endroit où le sinistre est survenu, lui fournir la description et la valeur de *Votre* bien et obtenir des preuves documentaires corroborantes ;
  - b) prendre immédiatement les mesures nécessaires pour récupérer *Votre* bien ;
  - c) s'il s'agit de bagages ou d'effets personnels volés, obtenir un rapport de police ;

d) Nous présenter une déclaration de sinistre écrite immédiatement à *Votre* retour à *Votre Point de départ*.

À défaut de remplir ces conditions, *Votre* demande de règlement sera refusée.

2. Toutes les prestations payables en vertu de la présente couverture sont versées en sus de tout versement prévu par un *Transporteur public* ou de toute autre assurance dont *Vous* bénéficiez.
3. L'assurance prévoit le versement du moins élevé de ces montants :
  - a) le prix d'achat réel d'un article similaire ; ou
  - b) la valeur de rachat réelle de l'article au moment du sinistre, incluant une déduction pour dépréciation (pour les articles sans reçus, l'assurance prévoit le règlement de 75 % de leur valeur dépréciée) ; ou
  - c) les frais de réparation ou de remplacement de l'article concerné.
4. Cette garantie est payable à condition qu'en tout temps, *Vous* ayez pris toutes les mesures raisonnables pour protéger, sauvegarder et (ou) récupérer *Votre* bien.

### C. EXCLUSIONS

Les biens suivants ne sont pas couverts :

1. les animaux ;
2. les automobiles et leur équipement, les motocyclettes, les mobylettes, les cyclomoteurs et les moteurs ;
3. les bicyclettes, les skis, les planches à neige (sauf lorsqu'enregistrés auprès d'un *Transporteur public*) ;
4. les aéronefs, les bateaux ou tout autre type de véhicule ou moyen de transport ;
5. les lunettes, les verres fumés, les lentilles cornéennes, les appareils auditifs, les prothèses dentaires et les membres artificiels ;
6. les billets, les clés, l'argent, les valeurs, les lingots, les timbres, les cartes de crédit, les documents et les actes notariés ; le bris d'articles fragiles et les objets en verre ;
7. les biens transportés par voie terrestre et maritime ou expédiés avant la *Date de Votre départ* ;
8. les tapis et moquettes de tout genre ;
9. les denrées périssables, les médicaments, les parfums, les cosmétiques et les matières consommables ;
10. les biens utilisés pour le commerce, les affaires ou la production d'un revenu ;
11. les antiquités et les objets de collection ;
12. les biens laissés dans un endroit public ou dans un véhicule sans surveillance, sauf si le véhicule (et le coffre du véhicule) était bien verrouillé et que des traces indiquent clairement qu'il y a eu vol par effraction ; ou
13. les dommages à la propriété causés par du matériel défectueux ou un défaut de fabrication et par l'usure et la détérioration normales.

## VII. DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTELS

Ce bénéfice est inclus si le Forfait non médical a été choisi. Veuillez *Vous* reporter à *Votre Lettre de confirmation* afin de déterminer la couverture que *Vous* avez souscrite.

### A. RISQUES ASSURÉS

Cette garantie prévoit une protection en cas de décès ou d'une *Mutilation* directement attribuable à une *Blessure* corporelle *Accidentelle* subie au cours de *Votre Voyage*. Cette *Mutilation* ou ce décès *Accidentel* doit survenir dans les 90 jours de la survenance l'*Accident*.

Sont considérés comme un *Accident* de vol aérien à bord d'un *Transporteur public*, un *Accident* se produisant lorsque *Vous* voyagez en tant que passager :

- a) en vertu d'une partie de *Votre* billet de *Voyage* ; ou
- b) à bord d'une limousine ou d'un service d'autobus fourni par les autorités aéroportuaires ou par la compagnie aérienne ; ou
- c) à bord d'un service régulier de navette par hélicoptère dans le cadre de *Votre Voyage*.

### B. INDEMNITÉS PAYABLES

En cas de décès *Accidentel*, de *Mutilations* multiples, de *Perte de la vue* des deux yeux ou de la perte irrémédiable de la parole ou de l'ouïe, *Nous* versons la totalité (100 %) du montant assuré suivant, selon la nature de l'*Accident* :

Le montant assuré équivaut à un seul des montants suivants :

1. 100 000 \$ CAN si durant *Votre Voyage*, *Vous* êtes victime d'un *Accident* de vol aérien à bord d'un *Transporteur public* ; ou
2. 50 000 \$ CAN si durant *Votre Voyage*, *Vous* êtes victime d'un *Accident* à bord de tout autre *Transporteur public*, sans être en vol ; ou
3. 10 000 \$ CAN si durant *Votre Voyage* *Vous* êtes victime de tout autre *Accident*.

En cas de *Mutilation* simple ou de *Perte de la vue* d'un seul œil, *Nous* versons la moitié (50%) du montant assuré ci-dessus, selon la nature de l'*Accident*.

## VIII. EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET RÉDUCTIONS DE BÉNÉFICES

(Les marques X présentes dans les 3 colonnes de droite indiquent les protections visées par l'exclusion.)

| Aucune prestation n'est payable en vertu de cette police si la perte subie ou les frais engagés résultent directement ou indirectement de l'une des causes suivantes, pour :   |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 3. Protection en cas de décès ou mutilation par suite d'Accident   |   |   |   |
| 2. Protection en cas d'annulation et interruption de voyage  |   |   |   |
| 1. Protection en cas d'Urgence médicale  |   |   |   |
|  | 1 | 2 | 3 |
| 1. Toute condition ou tout <i>Changement à Votre</i> état de santé (sauf une <i>Affection mineure</i> ) qui n'a pas été <i>Stable et sous contrôle</i> pour une période de trois (3) mois avant la <i>Date de départ</i> pour les personnes âgées de 3 mois à 60 ans et pour une période de six (6) mois avant la <i>Date de départ</i> pour les personnes âgées de 61 ans et plus, à moins d'un avis contraire écrit de l' <i>Assureur</i> .<br><br><b>Exception</b> : l'hypertension artérielle ne requiert seulement qu'un (1) mois de stabilité si vous n'avez aucune condition cardiaque, vasculaire, respiratoire ou neurologique.   | X |   |   |
| 2. Tout problème de santé préexistant résultant :<br>A. d'un problème de santé, ou une affection connexe, dont souffre la <i>Personne assurée</i> , et qui n'est pas <i>Stable et sous contrôle</i> au cours des 90 jours précédant la <i>Date d'entrée en vigueur</i> de <i>Votre</i> assurance;<br>B. d'un trouble cardiaque dont souffre la <i>Personne assurée</i> , si au cours des 90 jours précédant la <i>Date d'entrée en vigueur</i> de <i>Votre</i> assurance,<br>a) un quelconque trouble cardiaque n'est pas <i>Stable et sous contrôle</i> , ou<br>b) la <i>Personne assurée</i> prend de la nitroglycérine plus d'une fois par semaine expressément pour calmer son angine de poitrine;<br>C. d'une affection pulmonaire dont souffre la <i>Personne assurée</i> , si au cours des 90 jours précédant la <i>Date d'entrée en vigueur</i> de <i>Votre</i> assurance,<br>a) une quelconque affection pulmonaire n'est pas <i>Stable et sous contrôle</i> , ou<br>b) la <i>Personne assurée</i> a été traitée avec de l'oxygène à domicile ou a pris des stéroïdes (prednisonne ou prednisolone) pour une quelconque affection pulmonaire. |   | X |   |

|   | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 3. Tous services, procédure médicale ou <i>Traitement</i> non autorisé par l'Assistance d'Urgence ou qui ne rencontrent pas la définition d' <i>Urgence</i> telle que définie dans cette police et par le directeur médical de l'Assistance d'Urgence.<br><br>Ceci inclut, mais sans s'y limiter : les prélèvements sanguins (ex. : Coumadin), les évaluations d'investigation (ex. : imagerie à résonance magnétique), les examens généraux de routine, les <i>Médicaments</i> expérimentaux ou préventifs, les vaccins, les <i>Traitements</i> 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. | X |   |   |
| 4. Une chirurgie esthétique ou toute autre intervention chirurgicale élective, une consultation ou un <i>Traitement</i> non urgent.   |   | X |   |
| 5. Toute <i>Rechute</i> de conditions investiguées ou <i>Symptômes</i> pour lesquels un <i>Traitement</i> aurait été reçu durant le <i>Voyage</i> assuré (dans quel cas, l' <i>Assureur</i> se réserve le droit d'exclure la condition).  | X |   |   |
| 6. Toute dépense afférente à un <i>Traitement</i> pour <i>Maladie</i> ou <i>Blessure</i> engagée dans <i>Votre</i> province de résidence.   | X |   |   |
| 7. Toute condition médicale pour laquelle les <i>Symptômes</i> ont été ignorés ou pour laquelle une recommandation ou un <i>Traitement</i> médical n'a pas été suivi par la <i>Personne assurée</i> .   | X |   |   |
| 8. Tout <i>Traitement</i> ou test relié à une condition sous investigation, incluant toute condition dont les résultats de test(s) sont anormaux avant le départ.   | X |   |   |
| 9. Toute dépense reliée au remplacement, à la réparation ou à l'ajustement d'une prothèse quelconque.   | X |   |   |
| 10. Les frais de déplacement terrestre aller-retour encourus par la <i>Personne assurée</i> pour se rendre à l' <i>Hôpital</i> , chez un <i>Médecin</i> ou une clinique à l'exception d'une <i>Urgence</i> telle que définie dans la police.  | X |   |   |
| 11. L'achat de <i>Médicaments</i> en vente libre prescrits ou non.  | X |   |   |
| 12. Tous frais occasionnés par une grossesse et/ou des complications relatives à celle-ci après la 26 <sup>e</sup> semaine de gestation.  | X |   |   |
| 13. Tout <i>Accident</i> survenu lors de la participation à un sport professionnel, ou de compétition, ou tout genre d'épreuve de vitesse, du vol plané ou à voile, de l'alpinisme, 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.   | X | X |   |

|   | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 14. Perte résultant d'un <i>Accident</i> lors d'un voyage aérien, autrement qu'à titre de passager à bord d'un aéronef commercial ou d'un vol nolisé disposant de plus de six sièges.   | X | X |   |
| 15. Tout <i>Traitement</i> ou <i>Médicament</i> relié directement ou indirectement à une <i>Maladie</i> transmise sexuellement et/ou au virus d'immunodéficience humaine (VIH) et/ou au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA).   | X |   |   |
| 16. Abus d'alcool, de <i>Médicament(s)</i> , de drogues et/ou de substances <i>toxiques</i> et toute(s) <i>Maladie(s)</i> et/ou <i>Accident(s)</i> relié(s) et/ou provoqué(s) par l'alcool ainsi que l'inobservation d'une thérapie ordonnée par un médecin. L'abus d'alcool est déterminé par un taux d'alcoolémie supérieur à 80 mg/100 ml de sang.   | X | X | X |
| 17. Tout <i>Voyage</i> en dehors de la province de résidence dans le but d'obtenir un avis médical ou de suivre un <i>Traitement</i> , même sous recommandation d'un <i>Médecin</i> .   | X | X |   |
| 18. Un suicide, tentative de suicide ou automutilation, que la <i>Personne assurée</i> soit saine d'esprit ou non.  | X | X | X |
| 19. Toute <i>Blessure</i> ou <i>Maladie</i> ou cause d'annulation et interruption résultant:<br>a) d'un affrontement public;<br>b) d'une guerre ou d'un fait de guerre (déclarée ou non);<br>c) d'une exposition volontaire à un péril quelconque;<br>d) d'une instabilité politique;<br>e) d'une perpétration ou l'intention de perpétrer un crime ou une infraction criminelle par <i>Vous</i> ou <i>Votre</i> bénéficiaire;<br>f) d'une exposition à un danger pour la santé lors d'un <i>Voyage</i> dans un pays, région ou territoire non recommandé suite à un avis public du gouvernement Canadien*.<br>* Il est de <i>Votre</i> responsabilité de vérifier le statut de <i>Vos</i> destinations; l' <i>Assureur</i> se réserve le droit de refuser la couverture et/ou toute réclamation. | X | X | X |
| 20. Toute <i>Blessure</i> ou <i>Maladie</i> résultant d'actes de terrorisme.  | X |   | X |
| 21. Toute condition résultant de troubles mentaux, nerveux, psychologiques, psychotiques ou psychiatriques incluant la dépression, l'anxiété et l'insomnie.   | X | X | X |
| 22. Tout soin ou service donné pour la commodité du patient.  | X |   |   |
| 23. Tout <i>Traitement</i> qui peut raisonnablement être reporté jusqu'au retour à la province de résidence de la <i>Personne assurée</i> , 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 « <i>Urgence</i> »).   | X |   |   |

|  | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|
| 24. Tout soin oculaire pour une nouvelle condition sera limité à 500 \$ CAN. Si une chirurgie ou un <i>Traitement</i> au laser s'avère une <i>Urgence</i> médicale, les bénéficiaires seront limités à 50% des frais jusqu'à un maximum de 2 000 \$ CAN. Toute dépense reliée à une chirurgie de la cataracte ou au glaucome n'est pas couverte.   | X |   |   |
| 25. Tout <i>Médicament</i> ou <i>Changement de Médicament</i> relié à la stabilisation d'une condition médicale existante avant la date de départ.   | X |   |   |
| 26. Tous frais encourus dans le but de permettre la cueillette d'organes, d'obtenir une greffe ou de faire un don de sang.   | X |   |   |
| 27. Tout refus de la part de la <i>Personne assurée</i> (ou de la part de sa famille) d'être transportée à un autre <i>Hôpital</i> ou d'être rapatriée dans sa province de résidence. Ex. : si, suite à une évaluation médicale, une consultation avec le <i>Médecin</i> traitant et à la demande d'une deuxième opinion (si <i>nécessaire</i> ), l'état de santé de l'assuré(e) est considéré assez stable par le directeur médical de l'Assistance d'Urgence pour un transport en commun ou privé (selon le choix le plus approprié) et que la <i>Personne assurée</i> refuse un tel transport, celle-ci cesse d'être couverte et l' <i>Assureur</i> est dégagé de toute autre responsabilité. | X |   |   |
| 28. Toute condition ou <i>Blessure</i> engendrée lors d'un travail rémunérateur ou de tâche(s) reliée(s) à l'occupation de l'assuré(e) si <i>Votre</i> travail ou occupation <i>Vous</i> amène à passer plus de 14 jours hors de <i>Votre</i> province durant la <i>Durée de la police</i> .   | X |   |   |
| 29. Toute prestation relativement à une <i>Blessure</i> ou <i>Maladie</i> survenue avant la <i>Date d'entrée en vigueur</i> de la police à moins qu'il s'agisse d'une <i>Assurance complémentaire</i> entrant en vigueur après un plan annuel émis par La Survivance.  | X |   |   |
| 30. Les problèmes de santé ou les événements dont <i>Vous</i> êtes au courant lorsque <i>Vous</i> faites <i>Vos</i> réservations de voyage, et qui constitueraient un empêchement raisonnable d'effectuer le <i>Voyage</i> tel que prévu ou si <i>Vous</i> avez décidé de voyager contre l'avis d'un <i>Médecin</i> .  | X | X |   |
| 31. Sauf pour ce qui est expressément prévu à la section Risques assurés, les soins prénataux courants, les traitements de fertilité, l'interruption volontaire de grossesse, un enfant né durant <i>Votre Voyage</i> , <i>Votre</i> grossesse ou accouchement, les complications liées à <i>Votre</i> grossesse lorsqu'elles surviennent dans les neuf (9) semaines avant ou après la date d'accouchement prévue.   |   | X |   |
| 32. Une réaction nucléaire, l'exposition à des rayonnements ou la contamination radioactive.   |   | X | X |
| 33. La faillite ou l'insolvabilité d'un agent de voyage au détail, d'une agence, d'un voyageur, d'une compagnie aérienne, d'un croisiériste ou d'un courtier.  |   | X |   |
| 34. Les sinistres indemnisés ou indemnisables auprès de toute autre source, notamment auprès des fiduciaires ou de tout fonds de compensation gouvernemental.  |   | X |   |

## IX. FRANCHISES

1. **Franchise traditionnelle** : Le montant de la franchise est applicable par *Évènement* et jusqu'à son maximum pour tous les soins et services obtenus. Les franchises traditionnelles disponibles avec escompte de prime varient de 250 \$ CAN à 100 000 \$ CAN.
2. **Franchise pour soins hospitaliers** : Le montant de la franchise est applicable par *Évènement* jusqu'à son maximum pour chaque épisode hospitalier (à l'interne, externe ou visite à l'urgence), incluant le transport ambulancier terrestre ou aérien. Cette franchise ne peut être imposée que par le département médical de l'*Assureur* sans aucun escompte de prime.
3. **Franchise imposée** : L'*Assureur* se réserve le droit d'imposer une franchise traditionnelle ou de soins hospitaliers. Elle peut varier de 1 000 \$ CAN à 100 000 \$ CAN sans aucun escompte ou rabais. La *Personne assurée* qui accepte une telle franchise devra rembourser l'*Assureur* ou acquitter les frais médicaux équivalents à la somme de la franchise imposée. Lors d'une réclamation, la *Personne assurée* paie le montant de la franchise applicable en dollars canadiens à l'*Assureur* qui se charge de payer l'*Hôpital* ou les services concernés pour les montants dûs. Si la franchise n'est pas remise à temps, l'*Assureur* paiera sa part contractuelle et tout excédent sera dû par l'assuré au fournisseur.

Veillez porter une attention particulière à l'exclusion concernant une *RECHUTE*, à la section VIII, article 5 de cette police.

Plan Annuel : franchise applicable par *Évènement* et pour chaque *Voyage*.

La *Personne assurée* a droit à un remboursement partiel de la franchise par le régime d'assurance maladie de sa province si les montants réclamés sont inférieurs à la franchise.

## X. 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* au 1-800-268-9633 du lundi au vendredi entre 8 : 30 heures et 17 heures au moins cinq (5) jours avant la *Date d'expiration* de la police et potentiellement 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 la durée du *Voyage* excède le nombre de jours admissibles de *Votre* régime provincial, une tarification supplémentaire s'applique. Renseignez-vous auprès de l'*Assureur*. Il n'y aura aucune prolongation possible après la *Date d'expiration de la police*.

Toute condition traitée pendant la période initiale de la police sera automatiquement exclue dès le 1<sup>er</sup> jour de la période de prolongation.

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

### B. PROLONGATION AUTOMATIQUE

Pour un retard indépendant de la volonté de la *Personne assurée* (ex. : *Accident*, bris de voiture), la *Durée de la police* sera automatiquement prolongée pour une période maximale de 72 heures sans frais supplémentaires. Si des soins médicaux s'avèrent nécessaires durant ladite période de 72 heures, des pièces justifiant la raison du retard seront exigées par l'*Assureur*.

Si une *Hospitalisation* pour une *Urgence* dépasse la *Date d'expiration*, *Votre* couverture demeurera en vigueur jusqu'à *Votre* congé de l'*Hôpital* et c'est à ce moment que ladite prolongation de 72 heures débutera.

## XI. COORDINATION DES PRESTATIONS AVEC LES AUTRES RÉGIMES D'ASSURANCE

1. Cette police est destinée à garantir le remboursement des frais de soins médicaux d'*Urgence* en excédent des montants couverts par toute autre assurance souscrite par la *Personne assurée*. Elle ne remplace aucune autre assurance qui serait en vigueur et qui aurait remboursé les dépenses engagées en l'absence de la présente police, telle une assurance 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 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.

## XII. CONDITIONS GÉNÉRALES

1. La garantie est nulle et non avenue si un chèque n'est pas honoré pour quelque raison que ce soit ou si le débit porté à une carte de crédit est refusé. Si la prime versée est incorrecte pour la *Durée de la police*, l'*Assureur* :
  - a) réduit la *Durée de la police* au moyen d'un avenant écrit modifiant la *Date d'expiration* si le solde de la prime due n'est pas reçu, en autant qu'il n'y ait pas de réclamation en attente; ou
  - b) rembourse tout paiement de prime excédentaire.
2. Tout *Changement* dans l'état de santé de la *Personne assurée* ou dans le dosage de prescription avant la *Date de départ* et/ou la *Date d'entrée en vigueur* doit être rapporté à l'*Assureur*.
3. La police doit être achetée et payée avant *Votre* départ de *Votre* province de résidence.
4. Les primes peuvent être modifiées sans préavis.
5. Toutes les prestations sont payables en devise canadienne à la *Personne assurée* ou à sa succession si celle-ci est décédée, à moins d'avoir été cédées à un tiers. 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 envoyée à l'*Assureur*.
6. Aucune prestation impayée ne peut porter intérêt.

7. La *Personne assurée* accorde à l'*Assureur* le droit d'obtenir ses dossiers médicaux et toute autre information de la part de *Médecins*, dentistes et établissements médicaux que l'*Assureur* juge nécessaire. À défaut de quoi l'*Assureur* se réserve le droit de refuser la réclamation.
8. Nonobstant toute autre disposition dans la police, celle-ci est assujettie aux dispositions de la loi régissant les assurances de la province de résidence de la *Personne assurée*.
9. Toutes les dispositions de la police s'appliquent par personne et par *Durée de la police*.

**10. 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 communiquer\* immédiatement avec L'ASSISTANCE D'URGENCE. Des États-Unis et du Canada, composez sans frais le 1-888-820-6588, à frais virés le 1-954-340-1912 et de partout ailleurs, composez sans frais le 1-888-910-0900, à frais virés le 1-954-340-1408.**

Si vous avez une réclamation admissible et que vous avez fait défaut de contacter immédiatement L'ASSISTANCE D'URGENCE, l'*Assureur* se réserve le droit de ne rembourser que 70 % des frais encourus et admissibles; par contre, le remboursement ne peut excéder le coût maximum des soins équivalents en réseau et ce, jusqu'à un maximum de 25 000 \$ CAN. La personne assurée risque de voir ses frais médicaux non couverts et/ou, de subir un retard dans le traitement de la demande d'indemnisation.

*Vous* devez accepter l'institution de soins ou la clinique ou le *Médecin* recommandé par L'ASSISTANCE D'URGENCE. Si *Vous* ne consentez pas à cette recommandation, l'*Assureur* se réserve le droit de ne rembourser que 70% des frais encourus et admissibles sans excéder le remboursement du coût maximum des soins équivalents en réseau et ce, jusqu'à un maximum 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 jugée nécessaire pour traiter des prestations ou pour recouvrer des coûts.

\* Si des circonstances exceptionnelles empêchent la personne assurée de communiquer avec L'ASSISTANCE D'URGENCE, celle-ci ou la personne qui l'accompagne doit communiquer avec 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*.

**Avant d'accéder aux services de santé appropriés (*Médecin* ou *Hôpital*), *Vous* devez obtenir *Votre* autorisation auprès de L'ASSISTANCE D'URGENCE. Des États-Unis et du Canada, composez sans frais le 1-888-820-6588, à frais virés le 1-954-340-1912 et de partout ailleurs, composez sans frais le 1-888-910-0900, à frais virés le 1-954-340-1408.**

11. En cas d'*Accident*, *Blessure* ou *Maladie*, Vos antécédents médicaux seront révisés afin de déterminer *Votre* admissibilité aux bénéfices.
12. L'*Assureur* se réserve le droit d'annuler la protection d'assurance voyage dans le cas où des informations pertinentes médicales ou autres ont été omises ou déguisées lorsque la proposition d'assurance a été complétée ou avant la date de départ de la *Personne assurée*.

13. L'*Assureur* conserve tous ses droits de recouvrement, pour des sommes avancées de bonne foi au bénéfice de l'assuré, s'il devait être déterminé que l'assuré n'était pas admissible à la couverture à cause d'une *Condition préexistante* ou à une exclusion de la police. Les frais administratifs encourus par l'*Assureur* pour recouvrer lesdites sommes seront également la responsabilité de l'assuré.
14. En cas de désaccord pour le remboursement d'une réclamation, l'assuré qui désire contester la décision de l'*Assureur* devra obligatoirement, avant d'intenter quelque procédure judiciaire que ce soit, demander que sa réclamation soit réévaluée par le Comité de révision des réclamations de l'*Assureur*. Ledit Comité prendra en considération toute information pertinente fournie par l'assuré et une décision basée sur les clauses et les conditions générales de la police sera rendue par écrit dans les trente (30) jours suivant la demande. La demande de révision écrite doit être envoyée au plus tard trente (30) jours après l'échéance de la police ou du retour à sa province de résidence.

Faire parvenir les demandes de révision au :

### COMITÉ DE RÉVISION DES RÉCLAMATIONS

#### La Survivance

3050, boul. St-Jean, suite 200

Trois-Rivières (Québec) G9B 2M9

1-800-268-9633 - Télécopieur : 819 377-6069

15. Toute question juridique est gouvernée par les lois de la province où la police a été émise.
16. Les changements de dates avant le départ seront sujets à des frais d'administration de 15,00 \$ par proposant à l'exception du premier changement.
17. En présentant *Votre* carte à une pharmacie participante, *Vous* n'aurez que 5,00 \$ US (non-remboursable) à payer par prescription couverte, ce qui *Vous* évitera de devoir faire une demande de remboursement.

### XIII. 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. ASSURANCE VOYAGE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE

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

- a) Toute facture originale détaillée;
- b) Une demande de remboursement (régie par l'assurance maladie de *Votre* province) dûment complétée et signée;
- c) Une demande de règlement fournie par l'*Assureur* dûment complétée et signée;
- d) La proposition d'assurance signée et envoyée à l'*Assureur*.

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

## B. PROTECTION ANNULATION ET INTERRUPTION DE VOYAGE

### Remarques importantes :

Le *Représentant* ou l'*Assureur* doit être informé le jour même (ou le jour ouvrable suivant) où survient le motif de l'annulation. Les prestations se limitent aux montants non remboursables à la date de la réalisation du « risque assuré » ayant motivé l'annulation, quelle que soit la date à laquelle le voyage est annulé.

Les frais pour faire remplir un certificat médical ou un formulaire de demande de règlement ne sont pas couverts.

Lorsque *Vous* présentez *Votre* demande, veuillez inclure :

#### 1) Pour l'annulation, l'interruption et le retard du voyage

- i. un formulaire de demande de règlement et d'autorisation dûment rempli et signé ;
- ii. un document médical dûment rempli et signé par le *Médecin* légalement autorisé de la localité où le problème médical s'est manifesté, indiquant la raison pour laquelle il était impossible d'effectuer le *Voyage*, de même que le diagnostic et toutes les dates de *Traitement* ;
- iii. une copie du certificat de décès si l'annulation est due à un décès ;
- iv. une preuve écrite du risque assuré ayant motivé l'annulation, l'interruption ou le retard si l'annulation a pour motif toute autre raison qu'une *Maladie*, une *Blessure* ou un décès.

#### 2) Annulation et interruption de voyage – AVANT LE DÉPART (en plus des exigences décrites au numéro 1 qui précède)

- i. une copie détaillée de la facture attestant du montant payé pour *Votre Voyage*, y compris le coût du billet d'avion, de l'hôtel, des taxes, des frais de service ainsi que toute autre dépense.
- ii. une preuve de paiement telle que : un relevé de carte de crédit, un échantillon de chèque annulé ou une copie du reçu officiel émis par l'agence de voyage ;
- iii. une déclaration de remboursement de la part de l'agent ou du fournisseur de voyages, le cas échéant.
- iv. les factures originales de la part de *Votre* agent de voyages indiquant ce qui suit :
  - les dispositions de voyage payées pour *Votre Voyage* ;
  - les frais de service imposés par l'agence de voyages pour *Votre Voyage* ;
  - les pénalités applicables à *Votre Voyage*. Si les pénalités ne sont pas indiquées clairement sur *Votre* facture, *Vous* pourriez devoir produire une copie de la page de la brochure imprimée du fournisseur de voyages indiquant les pénalités s'appliquant à *Votre Voyage* ;
- v. les billets d'avion originaux inutilisés et toute autre documentation de voyage originale (si *Vous* n'avez pas reçu de remboursement de quelqu' autre source).

#### 3) Annulation et interruption de voyage – APRÈS LE DÉPART (en plus des exigences décrites au numéro 1 qui précède)

- i. le billet d'avion original inutilisé et le coupon passager du nouveau billet de remplacement acheté pour rentrer chez *Vous* ;
- ii. un reçu faisant état du montant facturé si seulement des frais de modification ont été facturés ;
- iii. une copie de la facture originale, le détail des coûts du *Voyage* et une copie de l'itinéraire dans le cas d'un *Voyage* organisé inutilisé ;

- iv. tous les reçus originaux pour les menues dépenses engagées en raison d'un voyage de retour interrompu ou retardé ;
- v. toute autre documentation à l'appui de *Votre* demande de règlement.

## C. BAGAGES

*Vous* devez :

- a) aviser immédiatement la compagnie aérienne, la compagnie d'autobus, les chemins de fer, l'hôtel ou les autorités de l'endroit où le vol a eu lieu et obtenir un rapport officiel ;
- b) obtenir un rapport de police dans le cas de bagages ou d'effets personnels volés.

Lorsque *Vous* présentez *Votre* demande de règlement au titre de la garantie *Bagages*, veuillez inclure ce qui suit :

- i. un formulaire de demande de règlement expliquant brièvement l'incident à l'origine du sinistre et y joindre le rapport officiel ou le rapport de police supportant l'incident ;
- ii. une liste détaillée de la valeur des articles perdus ou volés, avec une preuve de propriété (i.e. : reçus, photos, relevés de carte de crédit, guides d'utilisation, etc.) ;
- iii. une copie des échanges de correspondance avec une autre source pouvant couvrir ce sinistre, confirmant paiement ou se dégageant de toute responsabilité ;
- iv. une copie des billets d'avion et de l'itinéraire confirmant les *Dates de départ* et de retour ;
- v. une preuve d'assurance habitation satisfaisante et/ou du montant de franchise ;
- vi. tout autre document à l'appui de *Votre* demande de règlement.

Il est à noter que dans le cas du retard des bagages, la garantie couvre les articles essentiels achetés lorsque *Vos* bagages sont retardés, à condition de fournir des reçus à l'appui et un rapport rédigé par la compagnie aérienne confirmant que *Vos* bagages ont été retardés pendant 12 heures ou plus ;

## D. DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTELS

Lorsque *Vous* soumettez *Votre* demande de règlement en vertu de la garantie *Décès* ou *Mutilation* accidentels, veuillez inclure :

1. un formulaire de demande de règlement dûment rempli et signé ;
2. une copie de l'itinéraire de vol et du rapport d'incident de la part de la compagnie aérienne ou des autorités aéroportuaires dans le cas d'un *Accident* de vol ;
3. un rapport de police, toute déposition du ou des témoins et le rapport du coroner, s'il y a lieu ;
4. un certificat médical complété et signé par le *Médecin* traitant ou les dossiers médicaux de l'hôpital en cas de *Mutilation* ;
5. le certificat de décès en cas de décès.

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 RÈGLEMENT ET D'AUTORISATION EN ENTIER AURA POUR EFFET DE RETARDER L'ÉVALUATION DE VOTRE DEMANDE.**

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

#### XIV. REMBOURSEMENT DES PRIMES (Pour la protection en cas d'Urgence Médicale seulement)

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

##### Retour anticipé :

- aucune demande d'indemnisation n'ait été faite ou soit en cours de *Traitement*;
- aucune dépense n'ait été faite par l'Assureur pour un retour aérien d'Urgence dans *Votre* province de résidence pour la *Personne assurée* et/ou celle qui l'accompagne;
- l'Assureur devra avoir reçu la demande de remboursement ainsi que les pièces justificatives (affichant le nom de l'assuré, la date et le lieu de la transaction) dans les 20 jours suivant le retour dans *Votre* province de résidence.

Les remboursements seront calculés à partir de la date de la pièce justificative ou du cachet postal. Un montant inférieur à 10,00 \$ ne sera pas remboursé.

##### Annulation (non-départ) :

Les remboursements de primes avant le départ seront soumis à des frais d'administration de 25,00 \$ par proposant à l'exception de non-départ pour raison de santé de l'assuré(e) ou de son *Compagnon de voyage* ou d'un décès dans la *Famille immédiate*. Des pièces justificatives seront exigées. Un montant inférieur à 10,00 \$ ne sera pas remboursé.

##### PLAN ANNUEL

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

#### XV. RETOUR DANS VOTRE PROVINCE DE RÉSIDENCE

Si la *Personne assurée* en vertu d'un plan par voyage (à l'exception d'un plan annuel) retourne dans sa province de résidence, **ladite police est automatiquement résiliée (à moins que l'Assureur n'ait émis un amendement)**. Elle devra aviser son *Représentant* ou l'Assureur au 1-800-268-9633 pendant les heures normales de bureau afin d'interrompre la couverture d'assurance et, s'il y a lieu y recevoir un remboursement des primes. Pour fins de remboursement, *Vous* devez contacter l'Assureur dans les 20 jours suivant *Votre* retour dans *Votre* province de résidence et fournir les pièces justificatives. (Référence, section XIV).

**AVIS :** Tout avis à l'Assureur peut être envoyé à l'adresse suivante:

##### La Survivance

3050, boul. St-Jean, suite 200  
Trois-Rivières (Québec) G9B 2M9

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 et toute 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.

## TOUR+MED<sup>MD</sup> assurance voyage

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

### ÉTATS-UNIS et CANADA

Sans frais

1-888-820-6588

À frais virés

1-954-340-1912

### PARTOUT AILLEURS

Sans frais

1-888-910-0900

À frais virés

1-954-340-1408

Assuré par



3050, boul. St-Jean, suite 200  
Trois-Rivières (Québec) G9B 2M9

Téléphone : 1-819-377-1777

Téléphone : 1-800-268-9633

Télécopieur : 1-819-377-6069

