

POLICE ASSURANCE VOYAGE
En cas d'urgence médicale

Police effective juillet 2021



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

TABLE DES MATIÈRES

Avis de droit d'examen	3
Assistance médicale d'urgence	3
I. Contrat d'assurance	4
Plans Tour+Med	4
Plan par Voyage	4
Plan Annuel	4
Plan familial	4
II. Admissibilité	5
III. Définitions	5
IV. Description des prestations en cas d'urgence médicale	8
1. Frais médicaux	8
2. Frais accessoires	8
3. Honoraires de <i>médecin</i>	8
4. Appareils médicaux	8
5. Honoraires d'infirmiers	8
6. Frais de diagnostics	8
7. Médicaments prescrits	9
8. Soins dentaires d' <i>urgence</i>	9
9. Soins oculaires	9
10. Service d'ambulance	9
11. Frais paramédicaux	9
12. Frais de transport	9
13. Frais encourus lors d'un retour retardé	10
14. Aller-retour d' <i>urgence</i>	10
15. Période de stabilité réduite (protection optionnelle, si disponible)	11
16. Option d'exclusion facultative (Protection optionnelle, si disponible)	11
V. Exclusions et limitations	11
VI. Franchises	14
VII. Prolongation de la police	14
A. Demande de prolongation	14
B. Prolongation automatique	14
VIII. Coordination des prestations avec les autres régimes d'assurance	15
IX. Conditions générales	15
X. Comment présenter une demande d'indemnisation	17
XI. Remboursement des primes	17
XII. Retour dans votre province de résidence	18

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 *vo*tre déclaration et *conf*irmation d'assurance voyage. Cette police contient des limitations et des exclusions. Veuillez en prendre connaissance et contacter *vo*tre repré*sen*tant au besoin avant de partir en voyage. Si *vo*us n'êtes pas complètement satisfait, retournez-la par courrier recommandé à l'*ass*ureur et toute prime payée sera remboursée pourvu que *vo*us n'ayez pas fait de voyage pendant la période d'examen. Le défaut de retourner la police sera considéré comme une preuve de *vo*tre acceptation de tous les termes, conditions et limitations.

REMARQUE : Si *vo*tre condition médicale change avant la date d'entrée en vigueur, vous devez aviser l'*ass*ureur et vous n'êtes pas admissible aux prestations de cette police si vous soumettez une réclamation pour cette condition. L'*ass*ureur se réserve le droit de réévaluer *vo*tre admissibilité à l'assurance avant *vo*tre 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'*urg*ence et informe *vo*tre famille ;
- *Vo*us aide à trouver un *médecin*, une clinique ou un *h*ôpital ;
- Confirme *vo*tre protection d'assurance à l'*h*ôpital ou chez le *médecin* ;
- Garantit ou effectue le paiement à l'*h*ôpital ou chez le *médecin*, lorsque possible ;
- Prend les arrangements nécessaires pour le déplacement d'un membre de la famille à *vo*tre chevet lorsque les circonstances l'indiquent ;
- Prend les arrangements nécessaires pour *vo*tre rapatriement dans *vo*tre province de résidence ;
- Facilite la transmission de messages urgents à *vo*tre famille ;
- *Vo*us aide à trouver les services d'un conseiller juridique en cas d'*acc*ident grave.

Dans tous les cas, *vo*us 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 *vo*us 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 *vo*tre 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'*ass*ureur, 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 *vo*us avez reçu, du transport dont *vo*us 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 *vo*us 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'*ass*ureur remboursera, jusqu'à un maximum de 5 000 000 \$ CAN pour la *durée de la police*, toutes les dépenses admissibles directement liées à une *urg*ence survenant au cours d'un voyage assuré hors de *vo*tre province de résidence et qui excèdent toute indemnité que *vo*us auriez droit de recevoir en vertu du régime gouvernemental d'assurance maladie de *vo*tre province, de toute autre protection d'assurance en vigueur et/ou de toute autre tierce partie.

En remplissant la proposition et en payant la prime appropriée, *vo*us mandatez et autorisez l'*ass*ureur à soumettre au Régime d'assurance maladie de *vo*tre province vos réclamations pour les services médicaux et hospitaliers assurés que *vo*us aurez reçus.

Marc Pellet
Président et chef de la direction
de La Survivance-Voyage,
compagnie d'assurance

Nicolas Moskiou
Vice-président, Opérations
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 *vo*tre province de résidence et est valide pour la durée d'un seul voyage par police.

PLAN ANNUEL (Plan multi-voyages)

Le Plan Annuel *vo*us couvre pour de multiples voyages d'une durée maximale prédéterminée (selon l'option choisie sur la *conf*irmation d'assurance voyage) hors de *vo*tre 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 *conf*irmation d'assurance voyage. Après chaque voyage, *vo*us devez revenir dans *vo*tre province de résidence. *Vo*us n'êtes pas tenu de fournir au préalable les *dates de départ* et de retour pour chaque voyage, par contre *vo*us devez remplir les conditions d'admissibilité mentionnées dans *vo*tre *conf*irmation d'assurance voyage à chacune de vos *dates de départ*. *Vo*us devez toutefois fournir une preuve de *vo*tre *date de départ* lorsque *vo*us soumettez une réclamation. (ex. : billet d'avion ou cachet des douanes).

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

PLAN FAMILIAL

La protection familiale protège également les *enfants* qui *vo*us accompagnent et dont le nom apparaît sur la *conf*irmation d'assurance voyage.

II. ADMISSIBILITÉ

Vous êtes admissible si vous :

- Maintenez un domicile permanent au Canada ; **et**
- êtes admissible aux prestations de *vo*tre 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**
- remplissez les conditions d'admissibilité décrits dans *vo*tre confirmation d'assurance voyage ; **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*.

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 *vo*tre 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*.

« **Changement** » signifie toute altération ou détérioration suivante de *vo*tre état de santé :

- 1) apparition de nouveaux *symptômes* et/ou de *symptômes* plus fréquents ; ou
- 2) un nouveau diagnostic a été posé ; ou
- 3) *vous* avez été hospitalisé ou autre que pour de la routine, *vous* avez consulté un *médecin* ou *vous* avez subi des examens ou des tests afin d'établir un diagnostic ; ou
- 4) *vo*tre *traitement* a été modifié, un nouveau *médicament* *vous* a été prescrit ou un *médicament* a été arrêté ou modifié, soit par une augmentation ou une diminution de la posologie ou de la fréquence (exceptions : rajustement périodique de l'insuline, de la Warfarine ou du Coumadin, le remplacement d'un *médicament* de marque déposée par un *médicament* générique dont la posologie est la même).

« **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 *vo*tre assurance, basé sur l'information que *vous* avez fournie dans *vo*tre proposition d'assurance.

« **Date d'entrée en vigueur** » signifie la date la plus tardive entre 0 h 01 à la date de la *confirmation d'assurance voyage* indiquée comme *date d'entrée en vigueur* ou la date où l'*assureur* reçoit la prime et la *confirmation d'assurance voyage* signée.

« **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 *vo*tre *confirmation d'assurance voyage* (selon l'heure locale à *vo*tre adresse au Canada). Pour le Plan Annuel signifie la date de chacun de *vos voyages*.

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

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

« **Événement** » signifie toute *condition médicale* ou fait qui, selon la présente police d'assurance, engendrerait une réclamation.

« **Famille immédiate** » signifie *vo*tre 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 *vo*tre 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 *vo*tre *famille immédiate* ou *vo*tre 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* n'inclut pas un naturopathe, 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'Humana Assurance Inc.)

« **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* et 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

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 5 000 000 \$ CAN pour la *durée de la 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

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 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

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour traiter une *blessure* 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*.

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. SOINS OCULAIRES

Si une intervention chirurgicale ou un traitement au laser est une *urgence* médicale, le premier 2 000 \$ CAN est couvert à cent pour cent (100 %) et le bénéfice est limité à cinquante pour cent (50 %) du coût réel au-delà de ce montant. Toute dépense reliée au glaucome ou à une chirurgie de la cataracte n'est pas couverte.

10. SERVICE D'AMBULANCE

Les frais de services ambulanciers locaux, seulement en cas d'*urgence*, pour conduire la *personne assurée* jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche ou pour le transfert interhospitalier.

11. FRAIS PARAMÉDICAUX

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

12. FRAIS DE TRANSPORT

Les services suivants doivent être planifiés et autorisés au préalable par l'assistance d'urgence :

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

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

B. RAPATRIEMENT AÉRIEN AU LIEU DE RÉSIDENCE

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

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

C. RETOUR DE LA DÉPOUILLE

L'*assureur* rembourse 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 est produit. Le coût d'un cercueil, d'une urne ou des funérailles n'est pas couvert.

D. RETOUR D'UN VÉHICULE

Suite à une *urgence*, si le *médecin* traitant à destination confirme par écrit *votre* incapacité de conduire *votre* véhicule jusqu'à *votre* domicile dans *votre* province de résidence ou le *véhicule* que *vous* louez vers le dépôt le plus près, l'*assureur* rembourse le moindre des frais raisonnables et nécessaires suivants encourus pour le rapatriement de *votre* véhicule, et ce, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ CAN :

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

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

13. FRAIS ENCOURUS LORS D'UN RETOUR RETARDÉ

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

14. ALLER-RETOUR D'URGENCE

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

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

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

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

Sur présentation d'un formulaire de réclamation et de preuves justificatives, l'assureur remboursera, 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 éligible à cette garantie si :

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

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

Vous pouvez choisir, en payant une prime additionnelle, de réduire la portée de l'exclusion #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 *vostra 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 vous référer à *vostra confirmation d'assurance voyage* afin de déterminer si vous avez choisi cette option.

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

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

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

Si vous avez choisi cette option, une exclusion relative à *l'appareil ou système* concerné sera ajoutée à *vostra* protection. Veillez consulter l'Annexe – Option d'Exclusion Facultative incluse dans *vostra 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* ou tout *changement* à *vostra* état de santé (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 59 ans et pour une période de six (6) mois avant la *date de départ* pour les *personnes assurées* âgées de 60 ans et plus, à moins d'un avis contraire écrit de l'assureur.

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

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 *médicaments* expérimentaux ou préventifs, les vaccins, les *traitements* électifs, la chirurgie esthétique, le nettoyage d'oreille, 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 services donnés pour la commodité de la *personne assurée*.
 - Également, tout *traitement* qui peut raisonnablement être reporté jusqu'au retour à la province de résidence de la *personne assurée*, même si la perception que la disponibilité ou la qualité des soins pourrait être moindre dans sa province de résidence.
3. Si l'assistance d'urgence décide de vous transférer à un autre établissement ou le directeur médical de l'assistance d'urgence établit que vous pouvez revenir dans *vostra* province de résidence pour recevoir un *traitement* (selon l'option de transport la plus appropriée), et que vous (ou un membre de *vostra* famille) choisissez 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. La poursuite d'un *traitement*, la *rechute* ou la 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. Un *voyage* entrepris, sur la recommandation d'un *médecin* ou non, dans le but de recevoir un diagnostic, un *traitement*, une intervention chirurgicale, une évaluation, des soins palliatifs, ou toute autre forme de thérapie, ainsi que de toute complication directe ou indirecte qui en résulte.
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. Une *condition médicale* ou tout *changement* à *vostra* état de santé survenu ou apparu entre la *date de départ* et la *date d'entrée en vigueur* de *vostra* police.
10. L'achat ou le 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 *vostra* usage chronique d'alcool, de drogues ou d'autres substances intoxicantes. Toute *condition médicale* survenant au cours de *vostra* 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 80 mg/100 ml de sang.

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. Un suicide, tentative de suicide ou automutilation, que la *personne assurée* soit saine d'esprit ou non.
16. Tous frais occasionnés par *votre* grossesse ou accouchement, soins prénataux courants, traitements de fertilité, l'interruption volontaire de grossesse, un *enfant* né durant *votre voyage* de même que les complications liées à *votre* grossesse lorsqu'elles surviennent dans les neuf (9) semaines précédant ou suivant la date prévue d'accouchement.
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. 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 *événement* 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 *événement* survenu dans *votre* province de résidence.

23. Les 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.
24. Les dommages indirects de quelque nature que ce soit, y compris la privation de jouissance et les préjudices financiers non expressément couverts par cette police d'assurance.
25. 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 *événement*.

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

Au moment de la souscription, l'*assureur* se réserve le droit d'imposer 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 de bénéfices avec le Régime provincial d'assurance maladie ou d'autres tiers ramène le montant net de la réclamation reliée à l'*événement* sous la valeur de la franchise.

VII. PROLONGATION DE LA POLICE

A. DEMANDE DE PROLONGATION

Une *personne assurée* qui veut prolonger la *durée de sa police* doit communiquer avec son *représentant* ou avec l'*assureur* durant les heures normales de bureau 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. Il n'y aura aucune prolongation possible après la *date d'expiration* de la police.

Toute condition médicale traitée pendant la période initiale de la police sera automatiquement exclue dès le 1er 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.

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 votre 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, votre protection sera annulée et votre 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 votre admissibilité à l'assurance avant votre date d'entrée en vigueur.
3. La police doit être achetée et payée en entier avant votre date de départ de votre 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 001 888 820-6588 (ailleurs) ou à frais virés le 1 819 377-2241.

Si vous n'appellez pas l'assistance d'urgence avant de recevoir un traitement, votre 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, votre 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 éligibles 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 éligibles effectivement payés par la personne assurée et ce, jusqu'à un montant maximal payable de 25 000 \$ CAN (c'est-à-dire que votre 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 conserve tous ses droits de recouvrement, pour des sommes avancées de bonne foi au bénéfice de la personne assurée, s'il devait être déterminé que la personne assurée n'était pas admissible à la couverture. Les frais administratifs encourus par l'assureur pour recouvrer lesdites sommes seront également la responsabilité de 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 assurances 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 assurances. 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 bénéficiaires 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. Thibault, 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.

- Toute facture originale détaillée;
- La demande de remboursement ou l'autorisation exigée par le régime d'assurance maladie de *votre* province de résidence dûment complétée et signée;
- 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 :

- 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.
- 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 :

- aucune demande d'indemnisation n'ait été payée 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 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 (autre qu'une *affection mineure*) durant *votre* visite dans *votre* province de résidence.

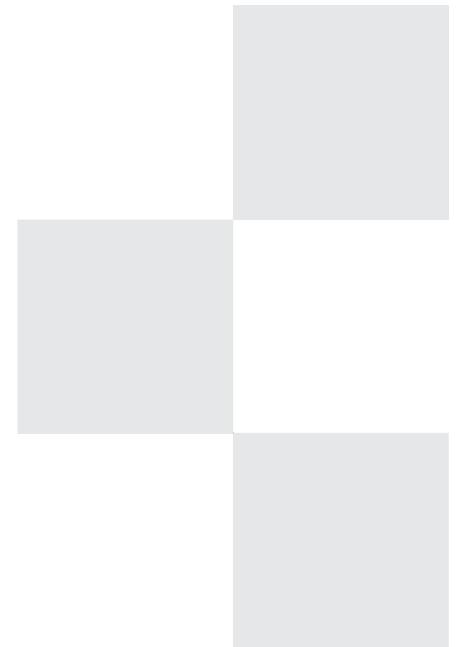
La protection n'est pas en vigueur dans *votre* province de résidence et aucun remboursement de prime n'est payable pour les jours passés dans *votre* province de résidence.



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

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